Nr. 2 Warszawa, Listopad 1928 r. Rok I.

Gastrologja Polska

Les resumés des travaux originaux en langues etrangères se trouvent à la fin du numéro.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert. | **Wydawca: Dr. I. Grundzach.**



Ś. P. Dr. Aleksander Zawadzki.

Ś. P. Dr. Aleksander Zawadzki.

Przemówienie Dr. Fr. Niewiadomskiego w Pol. Tow. Gastrologicznem dn. 17/X 28 na Posiedzeniu, poświęconem pamięci Ś. p. D-ra A. Zawadzkiego.

Panie Prezesie, Panie i Panowie!

Zebraliśmy się znów po wakacjach, by wznowić nasze posiedzenia kliniczne. Niestety, zabrakło jednego wśród nas! Śmierć nieubłagana wyrwała z naszego grona jednego z najdawniejszych członków b. Sekcji Gastrologicznej Tow. Lekarskiego, członka założyciela Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego i członka Zarządu oraz współtwórcę Gastrologji Polskiej.

14 maja b. r. rozstał się z tym światem ś. p. Dr. Aleksander Zawadzki.

Długa i ciężka choroba położyła kres Jego pracowitemu żywotowi, uwalniając Go od strasznych cierpień i bólów, które Mu nie były zaoszczędzone.

Rozpoczynamy po dłuższej przerwie nasze prace wspomnieniem o Nim, by uczcić Jego pamięć, by oddać hołd zasługom, jakie położył na polu Gastrologji Polskiej.

Oto Jego krótki życiorys:

Urodził się w Warszawie w roku 1870, uniwersytet ukończył w roku 1894 *cum eximia laude*.

Obdarzony z natury niepośledniemi zdolnościami, pracował usilnie nad sobą od zarania młodości i posiadał dlatego duży zasób wiedzy ogólnej.

Zawód lekarski rozpoczął bardzo młodo. Jeszcze jako student, idąc za popędem swej bujnej i żywej natury, rwącej się do życia czynnego, brał udział w walce z epidemją cholery (w Lublinie w r. 1892 i w Warszawie 1894), z narażeniem życia i samarytańskiem poświęceniem oddawał się na usługi chorych, a spostrzeżenia swe i doświadczenia ogłaszał drukiem.

Tym ideałom pozostał wierny przez całe życie.

Takim, a nie innym znaliśmy Go wszyscy tu obecni.

Po ukończeniu Wydziału lekarskiego pracował od 1894 — 1901 w klinikach warszawskich, kształcąc się gorliwie w chirurgji. W r. 1901 jedzie do Wrocławia na klinikę prof Miku-

licza, by się zaznajomić ze stanem nauki na zachodzie, szczególniej w Niemczech.

Po roku usilnej pracy powrócił do kraju, pracował, jako asystent na oddziale d-ra Rauma, a w r. 1906 zostaje mianowany ordynatorem nadetatowym oddziału chirurgicznego w szpitalu praskim. W r. 1914 — 1915 aż do wkroczenia Niemców prowadził w szpitalu Dzieciątka Jezus miejski lazaret na 500 łóżek. W r. 1916 obejmuje samodzielnie oddział chirurgiczny w szpitalu Przemienienia Pańskiego. Pracuje niezmordowanie aż do chwili, kiedy złowroga choroba zwaliła Go na łoże boleści, z którego już powstać nie mógł.

Przepojony miłością do swego kraju, zawsze gotów był oddać się całkowicie na jego usługi, gdy tylko zajdzie tego potrzeba.

W r. 1919 zorganizował i poprowadził na front podczas wojny polsko - ukraińskiej pociąg chirurgiczny imienia Paderewskiej*).

Oto co pisze kapit. Stefan Jellenta o ówczesnej działalności Ś. p. D-ra Al. Zawadzkiego:

W pierwszych dniach marca 1919 roku po Bełzie, bronionym zacięcie już od tygodni przeciw przeważającym siłom ukraińskim przez oddziały Grupy Operacyjnej Brygadjera Berbeckiego, rozeszła się radosna wieść, że zajechała do Grupy czołówka sanitarna, zorganizowana przez Warszawskie Pogotowie Ratunkowe i prowadzona przez Inspektora Pogotowia — znakomitego chirurga, D-ra Aleksandra Zawadzkiego.

Wieść radosną była naprawdę, bo rannych z każdą godziną przybywało, ewakuacja ich była nader utrudniona, ponieważ tor kolejowy Bełz-Rawa Ruska był stale uszkadzany przez ukraińców i trzymany jedynie ustawiczną akcją naszych pociągów pancernych, lekarzy zaś i środków opatrunkowych mieliśmy bardzo niewiele.

Również w zorganizowaniu i przybyciu „cywilnej czołówki" sanitarnej mieliśmy jasny dowód, że nie jesteśmy sami, lecz że Warszawa nasza myśli i troszczy się o nas. A oto oficerowie, jak i szeregowi oddziałów załogi Bełza — to w lwiej części Warszawiacy.

Czołówka po wywagonowaniu jej przystąpiła do pracy w miejscowym klasztorku żeńskim, gdzie zarazem mieściło się Dowództwo 6-ego Bataljonu Strzelców Warszawskich (dzisiejszy II-gi Bataljon 36-go pułku piechoty Legji Akademickiej).

Jako adjutant Bataljonu miałem codzienną sposobność widzieć tę trudną, pełną poświęcenia pracę.

W r. 1920 wyjeżdżał na front podczas wojny bolszewickiej na inspekcję lazaretów chirurgicznych.

Wreszcie w r. 1926 podczas walk majowych kierował akcją ratowniczą, jako inspektor Pogotowia Ratunkowego, za co został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.

Ś. p. Aleksander Zawadzki brał czynny udział w życiu lekarskiem w kraju i zagranicą.

Był członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawskiego Towarzystwa Chirurgicznego, członkiem Komitetu zwalczania raka i wreszcie, jak już wspomniałem na początku, członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego.

Niespożyte zasługi położył na polu propagandy nauki polskiej za granicą. Od kilkunastu lat uczestniczył w różnych zjazdach zagranicznych, biorąc w nich żywy udział czyto jako referent, czyteż zabierając głos w dyskusjach.

Od. r. 1902 — 1914 był członkiem niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego.

Od r. 1905 — członkiem Francuskiego Towarzystwa „Association chirurgicale pour le Congrès français" i międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego.

W r. 1924 został wybrany na członka-korespondenta „So-

Wszystkim nam się wydawało, że ten ogólnie znany chirurg, który w dodatku, choć cywil — na ochotnika na front i to taki front przyjeżdża — musi być człowiekiem młodym, barczystym — imponującego wyglądu. Toteż zdziwiliśmy się niemało, widząc przed sobą człowieka niewysokiego, szczupłego, już dobrze szpakowatego i nawet pochylonego lekko Mówił cicho, niewyraźnie — zdawało się, że nic tu w tych niezwykłych warunkach bojowych nie poradzi.

Ale gdy przywieziono mu pierwszych rannycyh — przejęła nas ta niepozorna postać nielada szacunkiem. Dyscyplina bowiem wśród personelu Jego była rzeczywiście wzorowa. Wprost nawet teroryzował swych pomocników, gdy Mu się nie dość prędko czy sprawnie zwijali. Więc czyto asystent, zawsze pogodnie uśmiechnięty i lubiany przez nas dr. Kryński, czyto sanitarjusz, czyteż felczer, przez wszystkich zwany „panem Piotrem" — wszyscy drżeli. I dlatego, mimo niesłychanie trudne warunki — robota szła.

Dr. Zawadzki musiał nie tylko zakładać pierwsze opatrunki, ale też wykonywać na miejscu najtrudniejsze trepanacje i laparatomje. Czołówka cywilna była wszystkiem: i punktem opatrunkowym, i szpitalem dywizyjnym i nawet szpitalem etapowym...

ciété de la chirurgie nationale", dwa lata temu został członkiem honorowym czechosłowackiego Towarzystwa Chirurgicznego.

Wybór Warszawy na miejsce obrad najbliższego Zjazdu Chirurg. Międzynarodowego w r. 1929 jest zasługą wyłącznie ś. p. Al. Zawadzkiego i zarazem ukoronowaniem Jego pracy propagandowej.

Z Polskiem Towarzystwem Gastrologicznem był bodaj najściślej zespolony. Umiłowawszy nadewszystko chirurgję brzuszną, był nie tylko, jak już nadmieniłem, jednym z najdawniejszych, ale także jednym z najgorliwszych członków naszego Towarzystwa.

W byłej Sekcji Gastrologicznej Tow. Lek. od jej zarania, a następnie w Towarzystwie Gastrologicznem bierze nader żywy udział, wygłasza szereg odczytów z tej, tak przez siebie ukochanej gałęzi chirurgji, cały szereg posiedzeń naukowych wypełnia licznemi pokazami chorych lub preparatów, dając dowód swej pracowitości, wiedzy i zdolności. Każdem nowem spostrzeżeniem lub zdobyczą naukową chętnie i skwapliwie dzielił się z nami, ożywiając dyskusję, w której był mistrzem.

Wszystkie ważniejsze kwestje naukowe, żywo obchodzące gastrologję, jak: wrzód żołądka, kamica żółciowa, schorzenia trzustki, niedrożność jelit i t. p., były przez Niego wszechstronnie i krytycznie opracowywane.

O wynikach zabiegów brzusznych, tak licznie wykonywanych na Jego Oddziale, stale nas informował osobiście lub przez swych najbliższych współpracowników. Kiedy po wojnie światowej odzyskaliśmy niepodległość, był jednym z pierwszych, którzy powzięli myśl stworzenia Towarzystwa samoistnego dla skupienia i współpracy gastrologów, chirurgów i rentgenologów. Zawsze był gorącym orędownikiem ścisłej współpracy przedstawicieli tych trzech działów medycyny, mając na oku dobro chorego i rozwój nauki.

Należał do grona najściślejszego założycieli Towarzystwa, brał udział w opracowaniu statutu i organizacji, udzielając nader trafnych wskazówek i rad.

Po powstaniu Towarzystwa nie ustaje w pracy, lecz przeciwnie jako członek Zarządu podwaja swe wysiłki koło krzewienia wiedzy gastrologicznej oraz podniesienia znaczenia Towa-

rzystwa i propagandy. Już na pierwszych zebraniach Zarządu odnawia myśl założenia własnego czasopisma naukowego. Należy do pierwszej Komisji wydawniczej, która miała się zająć wprowadzeniem w czyn tej ważnej sprawy. Niestety choroba przerwała Jego owocne poczynania.

Nie było Mu dane doczekać się wyników pracy, w której tak żywo uczestniczył, pierwszy numer czasopisma Gastrologji Polskiej ujrzał światło dzienne w dwa miesiące po Jego zgonie!

Spuścizna naukowa po ś. p. Al. Zawadzkim jest bardzo bogata. Około 65 prac naukowych ogłosił drukiem w języku polskim, niemieckim i francuskim; ogłosił też poza chirurgją kilka prac z dziedziny bakterjologji i higjeny szkolnej.

Przeważna część Jego prac jest poświęcona chirurgji brzusznej. Rozwój współczesny tej gałęzi chirurgji polskiej zawdzięczamy w dużej mierze ś. p. Al. Zawadzkiemu, który w swych licznych pracach i odczytach zjazdowych omawiał różne problematy, oświetlając je przejrzyście i wszechstronnie. Trudno w tem miejscu wszystkie prace wymieniać i streścić. Podajemy tylko najważniejsze.

Z chirurgji żołądka:

1. Rany postrzałowe żołądka. Kron. Lek. 1902, nr. 16.
2. A propos de trois nouveaux cas des plaises de l'estomac. Congrès chir. franç. Paris. 1906.
3. Wrzody żołądka i dwunastnicy. Med. i Kron. Lek. 1918.
4. Wrzody peptyczne jelita czczego po zespoleniach jelitowo-żołądkowych. Lek. Wojsk. 1924.

Z chirurgji dróg żółciowych:

1. Przedziurawienie pęcherzyka żółciowego Gaz. Lek., nr. 47, 1922.
2. W sprawie ujawniania kamicy żółciowej. Przegl. Chirurg. 1928 r. t. IV ,zeszyt IV.
3. Drainage duodenale transvaterien par tubes perdus dans la choledocotomie. Bull. et mem. de la Société Nationale de chirurgie. Paris, 1926.
4. Actinomycosis vesicae felleae. Czasopismo lek. z b. r.
5. Znaczenie autowakcyn w leczeniu chir. dróg żółciowych. Przegl. Chir., 1924.

Z chirurgji kiszek:

1. 3 przypadki wypadnięcia odbytnicy, operowane sposobem Thiersch'a (Kraków).
2. Leczenie zwężenia przełyku (Kraków).
3. Technique et les resultats des operations sur les tenneurs des grands.
4. Leczenie owrzodzeń gruźliczych jelit, Przegl. chir., 1924.

O urazach śledziony ogłasza dwie prace w r. 1909 i 1926.

O leczeniu ostrych zapaleń otrzewnej pisał w r. 1911.

Kilka odczytów, ogłoszonych następnie drukiem ,poświęcił ıanom i urazom brzucha.

Uprościł i ulepszył technikę operacyjną, jak np. wyrostka robaczkowego, wprowadził kilka nowych narzędzi, jak: Klauza żołądkowa do operacji jego wycięcia, strzykawka do wlewań aseptycznych podskórnych i t. p.

A statystyka jego operacji żołądkowych jest bodaj najliczniejsza w Polsce (będzie wkrótce ogłoszona drukiem).

Wybitny talent chirurgiczny, bystry umysł rozpoznawczy, głęboka wiedza i bogate doświadczenie kliniczne stawiały ś. p. Al. Zawadzkiego w szeregu najwybitniejszych lekarzy i chirurgów współczesnej doby.

My, członkowie Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego, świadkowie niemal codzienni Jego chlubnych poczynań, pracowitości i energji, straciliśmy w Nim jednego z najdzielniejszych pracowników i orędowników nauki gastrologicznej.

Cześć Jego pamięci!

Podstawy leczenia ciężkiego zapalenia okrężnicy *(Colitis gravis)*.

podał Prof. Dr. H. Strauss (Berlin).

Ciężkie zapalenie okrężnicy, cierpienie, dla którego w swoim czasie zaproponowałem nic nie przesądzającą nazwę *colitis haemorrhagico-purulenta,* odznacza się nadzwyczaj zmiennym

przebiegiem. Dlategoteż tak trudno ocenić wyniki zabiegów leczniczych, jak wogóle ustalić rokowanie. W poszczególnym przypadku jest ono bowiem zależne nie tylko od ciężkości spostrzeganych w danej chwili objawów, ale również od istnienia lub braku powikłań. Niebezpieczeństwo cierpienia tkwi przedewszystkiem w ogólnem charłactwie i wyczerpaniu serca oraz w możliwości rozlanego zapalenia otrzewnej. Często widywałem jako przyczynę śmierci zapalenie otrzewnej okrężnicy ropowicze *(pericolitis phlegmonosa)*, raz nawet zapalenie otrzewnej skutkiem przewędrowania zarazków przez chore jelito. O tem, że umiejscowione zapalenia otrzewnej zdarzają się często w ciężkim nieżycie okrężnicy, świadczy fakt, że podczas badań pośmiertnych w wielu przypadkach stwierdzałem liczne twory bliznowate, opancerzające jelito, które w jednym przypadku sprawiało wrażenie skóry. Ale również i przerzuty mogą być przyczyną zejścia śmiertelnego. W jednym przypadku spostrzegałem ropnie wątroby, wywołane przez ropne zapalenie żył. Szczególniej zasługuje na podkreślenie skłonność do nawrotów, która, oczywiście, jest niezmiernie ważna dla oceny wyników leczenia. Skłonność ta jest tak wielka, że bardzo trudno orzec w danym przypadku, czy mamy do czynienia z wyleczeniem, czyteż z okresem utajonym cierpienia.

Z zagadnień leczniczych w ciężkim nieżycie okrężnicy są obecnie dwa na porządku dziennym, a więc stosowanie autoszczepionek i sprawa leczenia chirurgicznego. Pozatem leczenie wewnętrzne — środkami podawanemi wewnętrznie, i dietetyczne oraz leczenie miejscowe nie uległo w ostatnich czasach zmianom zasadniczym. Wskażę tutaj na moje wywody sprawy tej dotyczące, jakie przedstawiłem na międzynarodowym kursie dokształcającym w Karlsbadzie w r. 1923, a ogłosiłem drukiem w Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1924, nr. 2, jakrównież na pracę o leczeniu wewnętrznem ciężkiego nieżytu, jaką ogłosiłem w zeszycie 5, tom 9, 1926 wydawanego przezemnie „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Verdauungs-und Stoffwechselkrankheiten". Z pośród umieszczonych tam przeze mnie wskazówek leczniczych, pragnąłbym tutaj podkreślić jako szczególnie ważne, że do płókań w ciężkim nieżycie okrężnicy należy stosować wyłącznie rozczyny możliwie niedrażniące. Dotyczy

to zarówno wyboru środka — środka swoistego nie posiadamy wogóle — jak i sposobu jego zastosowania. Ze względu na często napotykaną wrażliwość okrężnicy, należy robić wlewania bardzo powoli i pod nizkiem ciśnieniem. W nieżytach umiejscowionych w odbytnicy, dobre wyniki otrzymywałem stosując małe wlewania z glinu i salepu (50 ctm. 5%), 1% zawiesiny Aluminium metallicum subtillissime pulveratum w odwarze salepowym; poprzednio płókanie wodą wapienną 100 : 1000). Leczenie za pomocą wziernika ostatnio nieco ograniczyłem i stosuję je obecnie prawie wyłącznie w nieżycie odbytnicy, posługując się podanym przeze mnie w swoim czasie rozpylaczem odbytowym *(Rectuminsufflator).* Dokładniejsze dane podałem w mojej książce o cierpieniach odbytnicy i esicy.

Ze względu na mało wydatne wyniki leczenia wewnętrznego, próbowano stosować w ostatniem dziesięcioleciu autoszczepionkę. O leczeniu tem istnieje już duże piśmiennictwo. Pisali o tem między innymi D'Arcy-Power, 1911, Korbsch i Gross, 1920, Bergell i Bonin, 1922, Went 1924, Borgbjaerg 1925, Knorr, 1925/27, Grossfeld, 1926 i wielu innych. Autorzy ci zalecają stosowanie autoszczepionki bądź bez ograniczeń, bądź z mniejszemi lub większemi zastrzeżeniami. Ja opieram sąd swój wyłącznie na spostrzeganych przeze mnie własnych przypadkach w liczbie 10. Z tych w 3 przypadkach stwierdziłem pomyślny wpływ stosowania autoszczepionki, jednak w 2 z nich wystąpił nawrót w stosunkowo krótkim czasie po zakończeniu leczenia. 4 razy miałem wyniki mierne, a w 3 przypadkach nie spostrzegałem żadnego wpływu autoszczepionki na przebieg cierpienia. Większość tych przypadków opisana jest w pracy D-ra Bucka w Archiv für Verdauungskrankheiten t. 42, tak, że mogę nie omawiać ich tutaj szerzej i ograniczyć się do stwierdzenia, że na zasadzie mojego doświadczenia nie należy ze zbytnią pewnością liczyć na pomyślne wyniki leczenia autoszczepionką; jednak w cierpieniu tak uporczywem i tak opornem wobec stosowanych przez nas środków leczenie autoszczepionkami zasługuje na wypróbowanie.

O zabiegu chirurgicznym myślimy oczywiście dopiero wtedy, kiedy leczenie zachowawcze całkowicie zawiodło.

Że jednak przebieg ciężkiego nieżytu okrężnicy jest pod wieloma względami zupełnie nieobliczalny, i nierzadko widzimy, że i bardzo ciężkie przypadki pod wpływem leczenia wewnętrznego uspokajają się — spostrzegałem to w jednym przypadku, w którym ilość hemoglobiny spadła do 15% — więc ustalenie wskazań operacyjnych w ciężkim nieżycie okrężnicy staje się niezmiernie trudne. Do tego przyłącza się trudność oceny wyników postępowania chirurgicznego, gdyż nie tylko różni chirurgowie posługują się różnemi metodami, ale i operowane przypadki znacznie różnią się od siebie co do natężenia cierpienia.

Jak wiadomo, winniśmy mieć na uwadze szczególniej dwie metody postępowania: po pierwsze: — wykonana po raz pierwszy przez Foleta w r. 1885 *coecostomia*, albo też przez Weira w r. 1902 *appendicostomia*, po drugie zaś zwykły odbyt sztuczny. Pierwsza metoda stwarza jedynie przetokę dla gazów i do przepłókiwań, odbyt zaś sztuczny, który ze względu na wyżej omówione trudności ustalenia miejscowego ograniczenia się sprawy chorobowej najlepiej umieścić w kątnicy lub jeszcze lepiej w dolnej części jelita krętego — ma na celu również uwolnienie od kału odcinka jelita patologicznie zmienionego.

Wobec tego, że odbyt stwarza pomyślniejsze warunki lecznicze, niż przetoka, jeszcze przed 10-ciu laty byłem zwolennikiem odbytu sztucznego. Że jednak z 10-ciu przypadków w 5-ciu już w pierwszych dniach po zabiegu nastąpiło zejście śmiertelne, choć oprócz jednego nie spostrzegałem u nich objawów otrzewnych, ograniczyłem nieco wskazania do tego zabiegu. Nadmieniam, że w 3-ch przypadkach z zejściem śmiertelnem chorzy w czasie zabiegu byli jeszcze w dobrym stanie odżywiania i, jak sądzę, przyczyną zejścia była zmniejszona odporność chorych w stosunku do większego zabiegu. Dlategoteż od 10 lat zalecam przedewszystkiem przetokę wyrostkową *(appendicostomia)*, albo też, o ile zabieg ten jest technicznie niemożliwy — w dwuch moich przypadkach wyrostek robaczkowy był niedrożny — przetokę kątniczą *(coecostomia)*. *Appendicostomia* działa często kojąco na bóle już wskutek usunięcia gazów; nierzadko zaś dzięki przepłókiwaniom z góry ku dołowi wpływa na poprawę stanu. Ważne z punktu widzenia społeczno-estetycznego szczególniej dla kobiet, jest ograniczenie się w operacji przetoki wyrostkowej

do b. małej przetoki. Przetoka ta zamyka się samoistnie lub też za pomocą nieznacznego zabiegu chirurgicznego. O ile jednak kilkomiesięczne leczenie przez przetokę nie daje wyników pomyślnych, należy przejść do odbytu sztucznego, jakkolwiek trudno przewidzieć, jakie wyniki osiągniemy w poszczególnych przypadkach na tej drodze. Moje własne doświadczenie na dużym materjale przekonało mię, że w ciężkich przypadkach nie zawsze należy oczekiwać zbyt wiele od odbytu sztucznego. Podług danych statystycznych, jakie podałem w mojej książce „O cierpieniach odbytnicy i esicy" na 40 operowanych przypadków przypada tylko 10 wyleczonych i 12 poprawionych, to znaczy w połowie przypadków nie stwierdziliśmy zadawalających wyników. Co do wyników operacyjnych w czerwonce pełzakowej i ciężkich postaciach czerwonki bakteryjnej, zwracam uwagę, na dane, zawarte w mojej książce — tutaj zaznaczę, że i w tych przypadkach wyniki niewiele różniły się od powyższych. *Ileo-Sigmostomia* jest, mojem zdaniem, tylko o tyle dopuszczalna, jeżeli drogą wziernikowania upewniliśmy się, że odbytnica i esica nie są wciągnięte w sprawę chorobową. W jednym przypadku, operowanym tą metodą, wystąpiło następnie niezmiernie duże ropienie okrężnicy z przewlekłym stanem septycznym, co spowodowało konieczność dokonania jeszcze przetoki wyrostkowej. Inny przypadek również z przetoką „wewnętrzną" przebiegał znośnie. Ostatnio, szczególniej w Anglji, zaczęto w ciężkich przypadkach stosować wycięcie mniejszego lub większego odcinka okrężnicy. Mojem zdaniem, zabiegi tego rodzaju należy traktować jako *„ultimum refugium"* i są one wskazane jedynie u chorych niezbyt wyniszczonych. Sam znam wiele przypadków, w których dokonywano kilku zabiegów ,tutaj omówionych jeden za drugim. Jednak i po zabiegu leczenie wewnętrzne nie staje się zbędnem, przeciwnie — środki dietetyczne i farmaceutyczne (węgiel, wapień, dermatol) są nadal niezbędne. Płókanie po założeniu przetoki lub odbytu nie należy wykonywać zbyt energicznie; ze względu na zwiększoną wrażliwość i pobudliwość kurczową jelita, należy przeprowadzać je tylko pod nizkiem ciśnieniem. Również i po zabiegu uważam za zasadniczą właściwość płókań ich działanie oczyszczające; dlategoteż szczególniej chętnie stosuję zraszanie 10%-ym rozczynem wody wapiennej. Oprócz tego

przeprowadzałem płókanie odkażające i ściągające, stosując nader słabe rozczyny odpowiednich środków i często je zmieniając, gdyż i po zabiegu uważałem za niezmiernie ważne, aby ochronić chore jelito od podrażnienia. W sztucznym odbycie należy zwrócić baczną uwagę nie tylko na dobrze dopasowany ochraniacz, ale i na pielęgnowanie otworu (maść cynkowa i inne). Podawanie węgla niekiedy wpływa na zmniejszenie przykrej woni. W żadnym razie nie należy zamykać przetoki wcześniej, niż przestaną wydobywać się z płynem przepłókującym wyraźniejsze domieszki zapalne ściany jelita, i zanim ustalimy drogą wziernikowania dolnego odcinka jelit znaczną poprawę. W przypadkach wątpliwych lepiej pozostawić przetokę otwartą raczej zbyt długo, niż zbyt krótko, gdyż jak się przekonałem, postępowanie operacyjne w bardzo ciężkich przypadkach jest prawie beznadziejne. A że postępowanie chirurgiczne w przypadkach lekkich jest przeważnie zbędne, to dla zabiegu chirurgicznego pozostają przeważnie przypadki średniociężkie, a przedewszystkiem znajdujące się na pograniczu postaci ciężkich. Podział ten jednak zależy w znacznym stopniu od poglądów obserwatora; stąd wynika, że ustalenie wskazań do zabiegu w znacznym stopniu zależy od indywidualnego sądu danego lekarza. W ostatnich czasach jeden z moich chorych — widziałem go w charakterze konsultanta — do tego stopnia poprawił się *po przetoczeniu krwi*, zastosowanem jako akt poprzedzający zabieg celem wzmocnienia ustroju chorego, że zamierzam obecnie stosować nadal ten zabieg w odpowiednich przypadkach. Czy i do jakiego stopnia wyniki przetaczania będą również pomyślne i w innych przypadkach, będę mógł ocenić dopiero po dalszych obserwacjach.

Przełożył *Dr. L. Justman.*

Gruźlica płuc a przewód pokarmowy.

podał Dr. Ludwik Justman (Warszawa).

Przewód pokarmowy wraz z jego wielkiemi gruczołami stanowi niezmiernie czuły seismograf, skrzętnie i dokładnie reagujący na wszelkie zmiany, zachodzące w narządach, układach

i tkankach żywego ustroju. Nie stanowi to oczywiście jego cechy wyłącznej, bo ścisła współzależność, korelacja i koordynacja stanowi zasadniczą właściwość wszystkich części ustroju, niezbędny warunek życia jednostki biologicznej, a chwilowe nawet wyłamanie się z ogólnej harmonji niezbędnego dla życia narządu stanowi o śmierci całości. Jeżeli mimo to cecha ta nabiera szczególnego znaczenia, o ile dotyczy przewodu pokarmowego, to składa się na to wiele przyczyn. Pierwsza z nich, to kilkakrotnie omawiana przeze mnie w mych poprzednich pracach trudność odróżniania spraw anatomicznych od zaburzeń czynnościowych: z jednej strony brak wszelkich objawów podmiotowych mimo dużych zmian anatomicznych, z drugiej zaś ciężki obraz chorobowy, doskonale naśladujący stan, jaki zwykle towarzyszy sprawie anatomopatologicznej — bez jakichkolwiek zmian, dających się ustalić zapomocą znanych nam metod badania morfologicznego, a to zarówno *in vivo*, jak i na stole sekcyjnym. Druga przyczyna — to niezmierna różnorodność i wielorakość objawów. Uprzytomnimy to sobie łatwo, jeżeli pomyślimy, ile najróżnorodniejszych czynności spełnia przewód pokarmowy. Pomijając już jego najoczywistsze zadanie, a więc przetwarzanie ciał pokarmowych, wchłanianie i asymilację, oraz wydzielanie odpadków — jednem słowem to wszystko, co obejmujemy pod pojęciem trawienia, wspomnę tu chociażby o przewodzie pokarmowym jako regulatorze obiegu krwi, mającym wpływ nie tylko na ilość krwi, dochodzącej do poszczególnych narządów, ale i na jej jakość, a więc wahania w ilości i formułce białych ciałek, w stosunku kwasów do zasad i wiele innych czynników. Odpowiednio do tak rozległej skali działania, odczyny przewodu pokarmowego, wywołane przez zaburzenia innych narządów, mogą być jak najróżnorodniejsze i całkowicie od wywołującego je bodźca uniezależnione. O wszystkim decyduje podłoże: właściwy danemu przewodowi układ. Nie ulega wątpliwości, że przewód pokarmowy jest jednym z najbardziej indywidualnych układów ustroju ludzkiego, i jak niema dwuch twarzy ludzkich zupełnie podobnych, tak niema dwuch identycznych przewodów pokarmowych. W narządach o stosunkowo niewielu czynnościach, łatwiej dających się ująć, skala ta nie może być tak rozległa, jak w przewodzie pokarmowym, w którym każda z niezli-

czonych właściwości i czynności ma swoje odrębne oblicze, indywidualnie zwiększoną lub zmniejszoną pobudliwość — jak i dlaczego przewód pokarmowy w danym przypadku reaguje, nigdy nie zdołamy przewidzieć.

Zadaniem mojem dzisiejszem będzie omówienie odczynów przewodu pokarmowego na zarażenie gruźlicze, to jest postararamy się zdać sobie sprawę z tego, w jaki sposób stan allergji gruźliczej objawia się w przewodzie pokarmowym. Jakkolwiek nie zamierzam omawiać spraw gruźliczych w przewodzie pokarmowym, zdaję sobie sprawę z tego, że próba wyczerpania tematu byłaby bezowocną pracą syzyfową. Wobec tego ograniczę się jedynie do kilku punktów, mających duże znaczenie praktyczne.

Zdajmy sobie przedewszystkiem sprawę, jakie czynniki mogą w gruźlicy powodować zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Niewątpliwie sam lasecznik Kocha może być bezpośrednią przyczyną tych zmian. Nie muszą mieć one zawsze wyraźnego charakteru swoistego tkanki gruźliczej, bo reakcja danej tkanki na określony czynnik chorobotwórczy wynika nie tylko z właściwości czynnika, ale przedewszystkiem ze sposobu, w jaki dana tkanka reaguje na jego działanie. Wszak i w płucach spostrzegamy znacznie od siebie różniące się postaci owej reakcji. Obok reakcji swoistej mamy reakcję nieswoistą, zapalną, to co Poncet określa, jako *tuberculose inflammatoire*. Ustalić w tych przypadkach gruźlicze pochodzenie sprawy jest niemożliwością, gdyż obecność lasecznika Kocha w przewodzie pokarmowym oczywiście niczego nie dowodzi, a jego osiedlenie w tkankach może zawsze być wtórnym wynikiem zmniejszonej odporności tkanek, spowodowanej przez inne schorzenia. Że jednak gruźlica przewodu pokarmowego rzadko bywa pierwotna, a często spostrzegamy bardzo posunięte zmiany gruźlicze w płucach bez zaburzeń przewodu pokarmowego, możemy sądzić, że odporność przewodu przeciw zgubnemu działaniu lasecznika Kocha jest duża i że pośrednie jego działanie jest donioślejsze, niż bezpośrednie. A więc przedewszystkiem działanie jadów gruźliczych, to co Ranke obejmuje pojęciem II okresu gruźlicy, kiedy objawy intoksykacji są niewspółmiernie wielkie w porównaniu do stosunkowo nieznacznych zmian miej-

scowych. Zmienia się sposób reakcji całego ustroju, ujawnia się allergja gruźlicza, a jak wiemy, narządy trawienia są szczególnie czułe pod tym względem. Zresztą podlegają one tylko ogólnemu prawu, bo zmiany allergiczne spostrzegamy wszędzie, a więc na skórze *(herpes, erythema)*, w źrenicach *(anisokoria)*, a przedewszystkiem w układzie nerwowym i psychicznym. Psychika chorego na gruźlicę jest tak odrębna, tak wyraźna dla każdego, kto przywykł widzieć przed sobą nie tylko zespół narządów, ale i jednostkę, indywidualność, że nawet stworzyła typ w literaturze („Śmierć" Dąbrowskiego, „Zauberberg" Manna). A zmiany w układzie nerwowym i psychicznym są znowu niezmiernie ważnym czynnikiem dla sprawności przewodu pokarmowego. Zaburzenia w górnych drogach oddechowych, w obiegu krwi, oddychaniu, długotrwałe stany podgorączkowe — wszystko to dołącza swój wpływ zgubny. A do tego dochodzą wpływy postronne — a więc stosowane przez lekarzy przekarmianie chorych (duże ilości mleka) bez uwzględnienia wydolności przewodu pokarmowego i długotrwałe stosowanie leków, szczególniej z grupy kreczotowej, źle oddziaływającej na przewód pokarmowy.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie czynniki pozajelitowe, z których kilka przykładów tu przytoczyłem, to należy się raczej dziwić, że zaburzenia przewodu pokarmowego nie towarzyszą stale gruźlicy i że znaczna część gruźlików wyśmienicie znosi przekarmienie i obowiązkowe pigułki kreozotowe i dzięki podziwu godnej odporności przewodu pokarmowego zwycięsko wychodzi z gruźlicy. Ale odporność tę niezawsze obserwujemy, i w jej braku czy niedostateczności powinniśmy przedewszystkiem doszukiwać się przyczyny zaburzeń przewodu pokarmowego. Istnieją określone stany ustrojowe, o których wiemy, że szczególniej często są napotykane u chorych na gruźlicę. Do nich należy przedewszystkiem astenja, z jej paralityczną klatką piersiową, objawami niedokrwistości, ogólnem wyczerpaniem, zmęczeniem zupełnie niewspółmiernem z wysiłkiem i licznemi zaburzeniami nerwowemi. Ale o astenji wiemy jednocześne, że w przewodzie pokarmowym objawia się w postaci opuszczenia trzew i najróżnorodniejszych zaburzeń czynnościowych, niekiedy doskonale naśladujących obrazy kliniczne spraw anatomicznych. Nic więc dziwnego, że jad gruźliczy i zaburzenia allergiczne znajdują

w przewodzie pokarmowym szczególnie wdzięczne podłoże i dają nam obraz kliniczny tak zwanej *phtisis dyspeptica latenta*, w której skargi chorego wogóle płuc nie dotyczą. Jedną z najwybitniejszych właściwości astenji jest skaza łącznotkankowa, wyrażająca się w upośledzeniu włókien elastycznych i nadmiernem bujaniu tkanki; stąd pochodzą owe bardzo rozległe zrosty, jakie często powstają u asteników po zabiegach chirurgicznych i są powodem wielokrotnych zabiegów, również bezcelowych, jak i pierwszy. To tłómaczy nam poniekąd, dlaczego zaburzenia przewodu pokarmowego szczególniej często obserwujemy w stosunkowo dobrotliwych postaciach gruźlicy, a więc *tbc. fibrosa;* astenja, oddziaływająca pomyślnie na sprawę pierwotną w płucach, jest przyczyną dolegliwości w jamie brzusznej. Rzeczą jest ciekawą, że wielu autorów podaje jako cechę charakterystyczną gruźliczych wrzodów żołądka bardzo duże zrosty. A w gruźlicy kiszek, jak wiadomo, zrosty często powodują zwężenia, niekiedy pierwszy lub jedyny objaw cierpienia. Oczywiście nie wszystko możemy tłómaczyć astenją, skoro spostrzegamy, choć znacznie rzadziej, te same dolegliwości u przedstawicieli innych typów ustrojowych. W związku z rolą, jaką przypisujemy ostatnio wahaniom elektrolitów i przesunięciu równowagi zasadowokwasowej, powstaje zagadnienie, czy dawno już stwierdzona w gruźlicy demineralizacja nie działa w tym sensie. Pod tym względem ciekawe będzie, czy gorąco propagowana przez niektórych klinicystów dieta G e r s o n a ostoi się przed krytyką czasu. Następnie zaburzenia oddechowe, a więc niezmiernie ważny czynnik regulacyjny, nie są tu bez znaczenia — jakkolwiek trudno przypuszczać, aby w początkowych okresach gruźlicy zasługiwały one na uwagę; raczej asteniczna klatka piersiowa zdaje się być tutaj ważniejszą.

Niewątpliwe pewną rolę grają zmiany opłucnej, zwykle towarzyszące gruźlicy płuc. Nie myślę tu tyle o zapaleniu opłucnej przeponowej, cierpieniu, dającemu się rozpoznać jedynie za pomocą promieni R o e n t g e n a, ile o stwierdzonym przez K u h l e n k a m p f a objawie t. zwanych *„Ueberschneidungsschmerzen“* — bólach przekrojowych, polegających na irradjacji bólów, spowodowanych stanem zapalnym nerwów żebrowych na ich zakończenia na przedniej ścianie brzucha. Znacznie ważniej-

szy jest nerw błędny. Na podrażnieniu nerwu błędnego przez schorzałe gruczoły śródpiersia opiera Singer swoją teorję powstawania wrzodu trawiennego; podrażnienie to przechodzi niekiedy w stan zapalny nerwu lub jego otoczki *(vagitis i perivagitis)*. Tego samego zdania jest Holler, który opisuje obok wrzodów, zespół objawów śródpiersiowych o obrazie klinicznym wrzodu trawiennego. Skutkiem schorzenia nerwu błędnego lub niezależnie od tego, stwierdzamy objawy sympatykotonji (Margolis), a więc objawy asteniczne. Zaburzenia nerwów układu roślinnego powodują zmiany w ukrwieniu: Janowski stwierdza w przewodzie pokarmowym gruźlików okresową anemję śluzówki, usposabiającą do schorzeń. Wreszcie w ścisłym związku z zaburzeniami układu roślinnego są zaburzenia gruczołów dokrewnych, że wspomnę tu opisaną również przez Janowskiego *thyreotuberkulozę*, której towarzyszą skargi dyspeptyczne.

Zaburzenia przewodu pokarmowego spostrzegamy we wszystkich okresach gruźlicy. W okresie końcowym są one niekiedy bezpośrednim powodem zejścia, mimo to nie będę tu zatrzymywał się nad niemi, gdyż nie nasuwają szczególnych trudności rozpoznawczych. Przeważnie rozpoznajemy wtedy sprawy swoiste w przewodzie pokarmowym, jednak niezawsze słusznie, bo np. biegunka *ante finem* może być spowodowana również zatruciem gruźliczem lub charłactwem. Przytoczę tu jedynie spostrzeżenie Landaua, że wtedy gdy w gruźlicy włóknistej spostrzegamy sinicę twarzy, a w serowatej znamienny rumieniec, po zajęciu jamy brzusznej chorzy stają się papierowo bladzi. Znacznie ważniejsze są zaburzenia trawienne, jakie poprzedzają lub towarzyszą początkom gruźlicy płuc, lubteż jakie są niekiedy jedynym przedmiotem skarg chorego w gruźlicy bliźniejącej lub nawet zabliźnionej. Jak to wynika z naszych poprzednich rozważań, skargi te są najróżnorodniejsze i mogą naśladować niemal wszystkie znane nam postaci chorobowe. Z pośród nich pragnę omówić tu kilka najczęstszych i najbardziej zasługujących na uwagę.

Jedną z najczęściej spotykanych postaci jest postać gastralgiczna, napotykana szczególnie często u młodych dziewcząt. Chora szczupła, przeważnie o budowie dziecięcej,

skarży się na bóle podczas jedzenia lub bezpośrednio po jedzeniu, przyczem raz to ilość, to znowu jakość pokarmów ma wpływ na stopień natężenia bólów. Pozatem brak apetytu, lubteż szybko występujące uczucie sytości, pełność, zgaga, odbijania, mdłości, a niekiedy wymioty, przeważnie zaparcia, a niekiedy niczem nieumotywowane krótkotrwałe biegunki, szczególniej nad ranem. Chore nie kaszlą lub zlekka pokasłują, skarżą się na wyczerpanie. Miesiączki często nieregularne, bądź obfite, bądź skąpe, często bolesne. Tego rodzaju wywiady zbiera się bardzo często. Badając, spostrzegamy często sinicę dłoni i stóp, dłonie wilgotne, wybitny dermografizm, przekrwienie dziąseł, bladość podniebienia twardego, a zaczerwienienie podniebienia miękkiego, często wyraźne zmiany w migdałkach, gruczołach podjęzykowych, *mikroadenopathia.* Badając jamę brzuszną niekiedy stwierdzamy znaczne opuszczenie żołądka, *boudin coecal*, wyraźną bolesność dołka, aorty brzusznej, punktu Mac Burneya i Boasa na plecach. Wątroba, śledziona przeważnie nie dające się omacać. Niezawsze jednak możemy się zorjentować w jamie brzusznej, gdyż obok nielicznych chorych, które potrafią rozluźnić przednią ścianę brzucha, przeważnie mamy do czynienia z choremi, które oddychają powierzchownie i nie dają się wprost skłonić do głębokiego oddechu. A że często brzuch bywa wzdęty, to wyniki omacania są problematyczne. W sercu przeważnie nie stwierdzamy nic oprócz wzmożonej pobudliwości i wyczerpania: najmniejszy wysiłek znacznie przyśpiesza tętno. W płucach stwierdzamy niekiedy pewną różnicę wypuku w obu szczytach, niekiedy nieznaczne zmiany wysłuchowe. Badanie zawartości żołądka wykazuje na czczo przeważnie nieznaczną nadkwaśność z pewną domieszką śluzu; po próbnem śniadaniu wzmożony sokotok obok normalnej kwaśności lub lekkiej nadkwaśności. Niekiedy stwierdzamy krew, a co nas jeszcze bardziej myli, utajone krwawienia w kale. Badanie drobnowidowe kału wykazuje często obecność włókien mięsnych, skrobi, bakteryj jodofilowych.

Obraz kliniczny jest tu tak wielobarwny, że faktycznie postawienie rozpoznania jest niezmiernie trudne; zależy ono w znacznym stopniu od tego, na jakie skargi chora kładzie największy nacisk, jak również i od psychicznego nastawienia le-

karza. Często myśli się o tak zwanej małokrwistości, ale badanie krwi wykazuje odsetek hemoglobiny i liczbę krwinek jeszcze w granicach normy, w obrazie białym często limfocytozę. Badanie rentgenologiczne wykazuje z początku łatwo pobudliwy, opuszczony żołądek o przyśpieszonem wydalaniu, dopiero później tempo opróżniania znacznie się zwalnia. Rentgenolog stwierdza często punkty bolesne, odpowiadające odźwiernikowi lub krzywiźnie małej, niekiedy leżące poza obrębem cienia (splot słoneczny). Czasami stwierdzamy zmiany w opuszce, utrudnione lub bardzo przyśpieszone przejście papki przez dwunastnicę. Powyżej i poniżej zastawki Bauhina często zatrzymanie. Poprzecznica opuszczona, natomiast zgięcie śledzionowe położone wysoko; w okrężnicy stany skurczowe.

W tych przypadkach, w których w wywiadzie na pierwszy plan wysuwają się skargi na bóle w dołku, zależne od przyjmowania pokarmów, nadkwaśność, sokotok, obraz rentgenologiczny wrzodu niezupełnie pewny, ale prawdopodobny i obecność krwi utajonej w kale — przyczem w wielu przypadkach nie szuka się wcale włókien mięsnych pod mikroskopem, a polega się na oświadczeniu chorego, że nie jadł mięsa — wszystko to zdaje się przemawiać za wrzodem trawiennym. Chorego poddaje się kuracji przeciwwrzodowej, to znaczy diecie niedostatecznej zarówno pod względem kalorycznym, jak i pozbawionej witaminy C. A w wyniku chora, która już sama, ze względu na bóle, odżywiała się niemal wyłącznie kleikami, nietylko się nie poprawia, ale stan ogólny się pogarsza, skargi wzmagają się. I dopiero wtedy starannie zebrany wywiad poucza nas, że chora wykazywała już nieraz lub wykazuje obecnie długotrwały stan podgorączkowy, że często zapada na nieżyty oskrzeli, które długo się ciągną, że miewa nocne poty, niekiedy, że jest w bliskiej styczności z chorym na gruźlicę. Badanie rentgenologiczne płuc wykazuje niewątpliwe zmiany w wierzchołkach, pod obojczykiem, lub w gruczołach śródpiersia. Wyjazd, forsowne odżywianie dietą mieszaną, jednak z ograniczeniem wielkiej ilości mleka, która zbytnio obarcza żołądek i przez uczucie sytości, jakie wywołuje mleko, oddziaływa źle na apetyt chorej — nie tylko nie wpływają ujemnie na domniemany wrzód, ale po diecie, w skład której wchodzą między innemi pomidory, kapusta kwa-

szona, pszenny chleb razowy obok mięsa i ryby, chora poprawia się i skargi ustępują. Stosuję w tych przypadkach sole wapnia i pokrewne, a więc chlorek i fosforan wapnia *(Calcium chloratum i phosphoricum)*, oraz bromek strontu *(Strontium bromatum)*. Zaparcie ustępuje przeważnie pod wpływem diety mieszanej, szczególniej, jeżeli podajemy pokarmy często, co 2 — 3 godziny. Z przetworów kreozotowych zasługuje na uwagę *Guajacolum carbonicum (Duotal)*, a to wskutek jego właściwości znieczulania śluzówki żołądka. Dzięki temu *Duotal* usuwa niekiedy uporczywą zgagę, kiedy wszystkie sole (soda i t. p.) zawiodły.

Obraz tu opisany spostrzegamy przeważnie w bardzo wczesnych okresach; w żołądku odpowiada mu pierwszy okres nieżytu żołądka z nadmiernem podrażnieniem *(gastritis acida)*. O ile sprawa trwa dłużej, występują objawy niedomogi: zwolnienie perystaltyki aż do zupełnego bezwładu, spadek lub brak kwasu solnego, zwiększenie ilości śluzu w zawartości żołądka *(gastritis anacida)*. Coraz częściej występują wymioty po kaszlu lub niezależnie od kaszlu, coraz częściej słyszymy o biegunkach, budzących chorą nad ranem lub bezpośrednio po jedzeniu. Badanie kału wykazuje dużo resztek pokarmowych: włókna mięsne, rzadziej tkankę łączną, skrobię i tłuszcze. Stwierdzamy dużo śluzu, pochodzącego z *colon proximale*. Chore opowiadają nam o stanach bliskich omdlenia, jakim niekiedy zupełnie niespodziewanie ulegają, o zmianach apetytu, począwszy od bólu głodowego do zupełnego braku łaknienia. Przeważnie w tych przypadkach zmiany w płucach są już zupełnie wyraźne; a zupełne niepowodzenie leczenia miejscowego przewodu pokarmowego wyjaśnia szybko istotę cierpienia. W przypadkach tego rodzaju forsowne odżywianie jest nader utrudnione; w diecie kierujemy się wynikami badania kału oraz podajemy kwas solny w dużych dawkach i *pankreon* oraz sole wapnia. Należy zwrócić uwagę na pasorzyty kiszkowe, zdaniem autorów francuskich usposabiające do gruźlicy. Trudno orzec, czy mamy tu do czynienia ze sprawą gruźliczą jelit, czy zapalną na tle gruźlicy; w każdym razie musimy sobie zdać jasno sprawę z tego, że między śluzówką przewodu pokarmowego, a śluzówką oskrzeli istnieje zasadnicza różnica, gdyż śluzówka przewodu stanowi

swoisty narząd o budowie bardzo złożonej, a zaburzenia jej czynności są znacznie ważniejsze niż przyczyny anatomiczne, jakie je powodują.

Zatrzymam się jeszcze na obrazie klinicznym przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Obraz to niejasny, przez niektórych autorów wogóle negowany, lubteż sprowadzany do zmian w kątnicy i wstępnicy, pochodzenia zapalnego lub mechanicznoczynnościowego *(typhlitis, coecum mobile, atonia coeci)*. — Że jednak cierpienie to istnieje, i jest nawet dosyć częste, dowodzą nam zdjęcia rentgenologiczne, wykazujące zalegania w wyrostku, zgjęcia, załamania i zrosty. Na stole operacyjnym stwierdzamy obok zmian w wyrostku często zmiany w innych narządach: wątrobie i pęcherzyku, miedniczkach, jajnikach, żołądku i dwunastnicy, a brak poprawy po zabiegu poucza nas poniewczasie, że wyrostek nie był powodem dolegliwości. Jak już wspomniałem, również i w gruźlicy spostrzegamy w prawem podbrzuszu dolegliwości. Czy słuszna będzie tu analogja z obrazem, spostrzeganym w zapaleniu płuc krupowem, które w początkach daje niekiedy, zdaje się, niewątpliwy obraz zapalenia wyrostka, pytanie to aczkolwiek ciekawe, ma znaczenie wyłącznie akademickie. Myślimy tu o schorzeniu gruczołów, — notabene, niekoniecznie gruźliczem, gdyż spostrzegamy niekiedy, szczególniej u dzieci, przerost gruczołów innego pochodzenia, dalej o gruźlicy krezki, wyrostka, wreszcie o początkowych postaciach gruźlicy jelit, nie zapominając o odczynie allergicznym przewodu pokarmowego. Co do gruźlicy jelit, cierpienia w pierwszych okresach wprost nierozpoznawalnego, na uwagę zasługuje podział Bonafégo, który odróżnia: gruźlicę utajoną, której jedynym objawem jest ogólne wyczerpanie; zamaskowaną, przebiegającą, jako przewlekła niestrawność; gruźlicę krwotoczną, dającą stale utajone, a niekiedy i większe krwawienia; imitującą przewlekłe zapalenie wyrostka i wreszcie najłatwiej rozpoznawaną postać biegunkową. Hertz zaznacza, że z wystąpieniem objawów jelitowych następuje zahamowanie rozwoju sprawy w płucach, co nasuwa przypuszczenie, że pod wpływem nowego powikłania wzrasta na pewien czas odporność narządu, wcześniej zajętego przez gruźlicę. Ale zagadnienie odpornościowe w gruźlicy jest

tak powikłane, tak bardzo musimy tu odróżniać odporność ogólną od odporności miejscowej, że wszystkie hipotezy pozostają narazie tylko grą myślową.

Z innych spraw wspomnę tu o przewlekłym nieżycie gardzieli, który często i niezależnie od gruźlicy jest powodem uporczywych dolegliwości trawiennych, o uporczywych wymiotach niezawsze, a raczej bardzo rzadko histerycznych, nieżycie śluzowym okrężnicy, przetokach odbytu, zdaniem autorów francuskich zawsze pochodzenia gruźliczego.

Zdaję sobie sprawę z tego, żem nie wyczerpał tematu i że poruszyłem rzeczy ogólnie znane. Jednak sprawy te są niezmiernie ważne, a błędy rozpoznawcze często zgubne dla chorego ze względu na mylne wnioski co do postępowania leczniczego i dlatego trzeba często o nich przypominać. Powstaje pytanie, czy nie grozi nam inna krańcowość, że wszędzie będziemy dopatrywali się gruźlicy, skoro niejasny obraz chorobowy tak często nas do tego upoważnia. Nie sądzę, aby mogło to być dla chorych groźne, — bo coraz bardziej rozluźniamy jeszcze do niedawna bardzo ciasne ramy przepisów dietetycznych, coraz bardziej przekonywamy się, że żadne cierpienie nie upoważnia nas do stosowania na czas dłuższy odżywiania niedostatecznego, coraz mniej uciekamy się do kleików, które naprawdę staną się pożyteczne z chwilą, kiedy lekarze zapomną o ich istnieniu. Jeżeli więc jedynym wynikiem przesadnego dopatrywania się gruźlicy będzie dbałość o dobre odżywianie chorych, to stanowczo przesada ta będzie dla chorych pożyteczna. W każdym razie będziemy zwracali baczniejszą uwagę nie tylko na narząd, będący domniemanem źródłem dolegliwości, ale na całego chorego, a tem samem zniknie jedna z największych bolączek specjalizacji: brak zrozumienia całego ustroju, jako jednostki biologicznej. Tylko jednego trzeba unikać: zbyt pochopnego uświadamiania chorego o naszych podejrzeniach; bo zadajemy mu w ten sposób uraz psychiczny, często niweczący pomyślne skutki naszego postępowania leczniczego.

Z Oddz. Wewn. Ofic. Szkoły Sanit. Kier. A Bylina.

O samoistnem rozszerzeniu przełyku.

(Dilatatio oesophagi idiopathica, le Mega-Oesophage).

Podał:

Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski.

Rozszerzenie przełyku, jako skutek długotrwałego stałego lub naprzemiennego skurczu, jest zjawiskiem dość pospolitem i może zależeć od bardzo wielu przyczyn, które wywołują taki skurcz, a mianowicie: od czynników nerwowych (w ośrodkach mózgowych i rdzeniu przedłużonym, pod wpływem uszkodzenia nerwu błędnego, np. od ucisku przez guz, podczas histerji, w chorobach umysłowych), od zatrucia ołowiem, wyskokiem, od działania jadów bakteryjnych (w przebiegu błonicy, duru brzusznego, żółtej febry), od stanów zapalnych sąsiednich narządów (przebyte zapalenie opłucnej) lub nawet od daleko umiejscowionego schorzenia (kamica nerkowa, żółciowa, moczowodowa, stany zapalne narządu kobiecego), a zwłaszcza od wrzodu żołądka (wedł. Heyrowskiego w 36,3%, w statystyce Fleinera w 7 na 40 spostrzeganych przez tego autora przypadkach skurczu wpustu, a według Schlesingera i Rachwalskiego jeszcze częściej*). Pochodzenie tego stanu chorobowego przełyku jest jednak do pewnego stopnia zrozumiałe i różne warunki budowy przełyku (zwiotczenie jego mięśni, przewaga nerwu błędnego lub współczulnego) mogą jedynie tłumaczyć różne typy rozszerzenia przełyku (rozszerzenie poprzeczne, poprzeczne i podłużne, rozdęcie — podział Schlesingera - Rachwalskiego), ale nie samą genezę. Tej doszukujemy się zazwyczaj w skurczu wpustu, którego przyczyna leży — według teorji Krausa — w zniesieniu lub też w osłabieniu napięcia nerwu błędnego, według zaś innych w osłabieniu lub zwiotczeniu mięśni przełyku.

Bez względu na sposób tłumaczenia, przypadki rozszerze-

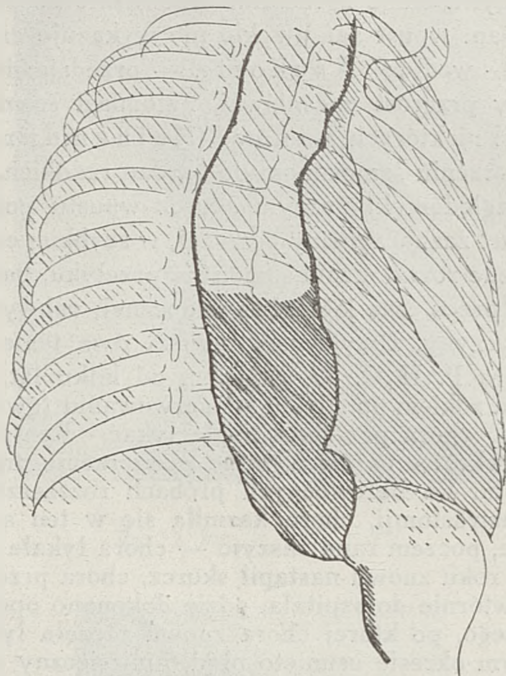
---

*) Pomijamy tu zupełnie rozszerzenia wtórne nad bliznami zwężającemi przełyk po zatruciu środkami żrącemi, umiejscowione w różnych odcinkach przełyku.

nia wtórnego o tle niezmiernie różnorodnem są dość pospolite, dotyczą osobników obu płci, różnego wieku i w zależności od swego pochodzenia etjologicznego wymagają różnych metod leczniczych. Nad tą wielką grupą nie będziemy się tu, naturalnie, dłużej zatrzymywać, a omówimy jedynie drugą grupę tego narządu, znacznie mniejszą, rzadszą, ale pod względem etjologicznym bardziej jednolitą, mianowicie t. zw. samoistne rozszerzenie przełyku *(dilatatio idiopathica, essentialis, primitiva, mega-oesophagus).*

Cierpienie to było znane i opisywane już oddawna, ale dopiero zastosowanie promieni Roentgena poraz pierwszy w 1897 r. przez Doyena w tym celu pozwoliło na zorjentowanie się w tej jednostce chorobowej, która w przeciwieństwie do rozszerzenia wtórnego, zjawiającego się przeważnie u osobników starszych, występuje zazwyczaj u osób młodszych, w wieku od 20 do 40 lat. Zwykle jakiś czynnik natury psychicznej wpływa na nagłe pojawienie się skurczu wpustu, a po pewnym czasie, dzięki dzisiejszym metodom badania (Roentgen, zgłębnik), ujawnia istotny obraz przełyku, przyczem według jednych autorów częściej spotykamy samoistne rozszerzenia przełyku u mężczyzn, według innych — u kobiet. Udział układu nerwowego, któremu autorzy francuscy przypisują tak znaczną rolę, opierając się na spostrzeżeniach z okresu wielkiej wojny (Bensaude et Rivet[3]), jest niewątpliwie dość znaczny, ale raczej w ujawnieniu na zewnątrz — dla chorego i lekarza — cierpienia, a właściwie stanu przełyku, który jest w wielu przypadkach najprawdopodobniej stanem wrodzonym i doskonale odpowiada pojęciu, „mega-oesophagus" — przełyk wielki — wprowadzonemu przez niektórych rentgenologów francuskich. Jak widać z załączonych fotografji trzech przypadków, przełyk taki przedstawia na całej przestrzeni prawie jednakowej szerokości rurę, ciągnącą się od wpustu do samego prawie gardła bez żadnych różnic co do szerokości. Trudno sobie wyobrazić, spostrzegając często rozszerzenia wtórne, które wymagają długiego czasu, aby osiągnąć pewnej szerokości na stosunkowo nieznacznej przestrzeni, aby tak olbrzymia rura (rys. 1) mogła powstać w stosunkowo bardzo krótkim przeciągu czasu, zwłaszcza, gdy u osobników tego rodzaju występują niekiedy dość długie okresy

całkiem sprawnego przełykania, a więc brak jest powodu do rozszerzania przełyku. U chorej Nr. 1 w okresach dobrego przełykania sprawność ruchowa mięśni była dostateczna, skurcze dość szybkie, przesuwanie się pokarmu gładkie, pokarm natychmiast



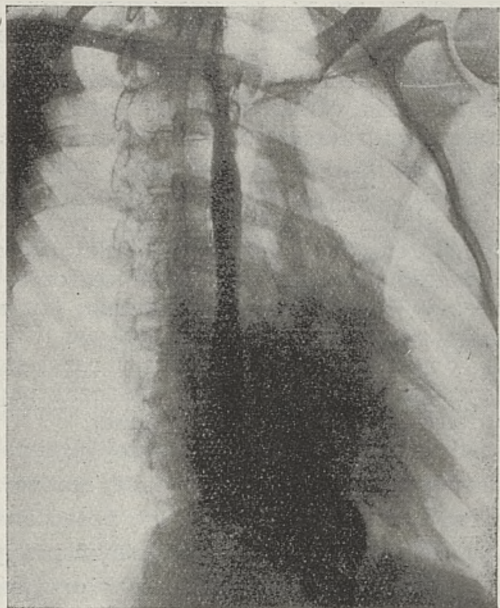
Rys. 1. Adela B., l. 32.

przedostawał się do żołądka; ze strony chorej nie było żadnych dolegliwości podmiotowych w tym czasie; natomiast, gdy pod wpływem czynnika najczęściej nerwowego (zdenerwowanie, przykrość, podniecenie i t. p.) zjawiał się skurcz wpustu, nawet niewielki kęsek lub łyk wody sprawiał znaczne dolegliwości, a niekiedy powodował nawet odruch wymiotny. A wiemy doskonale, że nawet dość znaczne zalegające masy w rozszerzonych wtórnie przełykach często nie prowadzą do wymiotów. Jak przełyk tego typu przedstawia się pod względem anatomopatologicznym, dość trudno powiedzieć, gdyż przypadki niewyleczone, przewlekłe stanowią właściwie grupę rozszerzeń wtórnych. W tych razach rozszerzenie nie zaczyna się od samego wpustu,

lecz na jakieś 2 ctm. ponad nim, śluzówka wykazuje przewlekły stan zapalny, jest zgrubiała i stwardniała, miejscami jak obrzękła, niekiedy z nieznacznemi nadżerkami, a nawet owrzodzeniami, miejscami przekrwiona, z podbiegnięciami krwawemi; mięśniówka zaś bywa silnie zgrubiała, przeważnie kosztem włókien okrężnych. Sam wpust zaś zwykle nie wykazuje zmian. *Megaoesophagus* — według Aschoffa — przedstawia zazwyczaj również silny przerost mięśniówki, natomiast ścieńczenie, opisywane przez niektórych autorów (Heinemann i in.), należy w rozszerzeniu samoistnem do bardzo rzadkich.

Pod względem klinicznym skurcz wpustu powstaje bądź nagle i, jak już zaznaczyliśmy powyżej, w szybkim czasie stwierdza się znaczne rozszerzenie samoistne przełyku, bądź też sprawa toczy się przez czas jakiś, bez widocznej, uchwytnej, wyraźniejszej przyczyny. Przytaczam poniżej dwa takie przypadki:

1) Chora P. H., l. 27, zamężna od kilku lat, bezdzietna. Przed półtora rokiem po silnem zdenerwowaniu (gwałtowna scena rodzinna) chora przestała nagle łykać. Rentgenologicznie stwierdzono wkrótce potem wybitne rozszerzenie przełyku, oraz skurcz wpustu. Po bezowocnych próbach rozszerzenia wpustu dokonano gastrostomji, chora karmiła się w ten sposób przez trzy tygodnie, poczem ranę zaszyto — chora łykała całkiem dobrze. Po pół roku znowu nastąpił skurcz, chora przestała łykać, przybyła powtórnie do szpitala, gdzie dokonano operacji zespolenia jelitowego, po której chora znowu zaczęła łykać całkiem dobrze; w tym okresie usunięto płód 5-miesięczny w stanie zupełnego wyniszczenia. Nastąpił potem dłuższy okres całkiem dobrego łykania, poczem nastąpił blisko roczny okres naprzemiennych, parotygodniowych remisyj sprawnego połykania, oraz bardzo utrudnionego połykania, w których czynność ta poprawiała się cokolwiek od zgłębnikowania lub środków farmaceutycznych (atropina, adrenalina, neopankarpina i in.). Gdy wystąpiła przez czas pewien zupełna niedrożność z całkowitym skurczem wpustu, wszystkie środki i zabiegi okazały się bezowocne, chora gwałtownie straciła na wadze, wówczas wskutek propozycji, wyrażonej podczas demonstracji chorej w Tow. Gastrologicznem, dr. Frank dokonał bezkrwawego gwałtownego rozszerzenia zapomocą rozszerzacza Starka (w obrazie rentgenologicznym kontrola zabiegu). Po dwu dniach chora czuła się dobrze; łykała bez trudu, z każdym dniem poprawia się samopoczucie; po trzech miesiącach — według piśmiennych wiadomości — chora czuła się zupełnie dobrze. Od tego czasu upłynęło około 10-ciu miesięcy — chora nie zjawiła się więcej w szpitalu.



Rys. 2. Pal. H. kob., l. 27.



Rys. 3. Peł. W. mężcz. l. 28.

2) Chory W. P. lat 28, osadnik na kresach wsch., przed 8 l. brał udział w wojnie bolszewickiej, dziedzicznie nie obarczony, chorób poważniejszych nie przechodził. Od dwu lat utrudnione przełykanie, a gdy się zaczynało cierpienie chory przed dwoma laty wypił kieliszek wódki, chociaż naogół nie pijał; potem łykanie znacznie się utrudniło: chory łaknienie utracił, jedzenie podchodzi mu do gardła, chociaż nigdy nie wymiotował, odbijania tem co się jadło. Stolce w początku choroby wolne, potem— zaparcia. Chory utracił na wadze w ciągu tych dwu lat około 20 kilogr. Badany rentgenologicznie, (ambulatoryjnie) wykazuje znaczne rozszerzenie przełyku (rys. 3) ze skurczem wpustu. Duże dawki atropiny (3 — 4 miligr.) dziennie, jak również dość znaczne dawki neopankarpiny — bez wpływu. Chorego skierowano do dra Franka, który dokonał rozszerzenia wpustu sposobem Starka. Potem nastąpiła znaczna poprawa, chory zaczął łykać dobrze i przybierać na wadze.

Jak widać z przytoczonych powyżej przypadków, obraz rentgenologiczny przemawiał za samoistnem rozszerzeniem przełyku, a względna krótkotrwałość sprawy, połączona z okresami całkiem sprawnego łykania, jak w pierwszym przypadku, i nieznacznych objawów podmiotowych, jak w drugim przypadku, nie pozwala na łączenie sprawy tak znacznego rozszerzenia przełyku z jakimś czynnikiem mechanicznym, prowadzącym wtórnie do jednolitego rozszerzenia na tak znacznej przestrzeni narządu. Prawdopodobnie więc rozszerzenie istniało już przedtem, skurcz zaś wpustu był tym czynnikiem w obu przypadkach, który zwrócił uwagę na przełyk i po prześwietleniu promieniami Roentgena wykazał rozległość anatomiczną rozszerzenia. *Mega-oesophagus* tego rodzaju (t. zw. *Vormagen* Luschki) nie jest zapewne rzeczą zbyt rzadką. Ponieważ jednak spostrzega się go przeważnie u osobników młodszych, którzy rzadziej zwracają się do lekarza ze sprawami chorobowemi przełyku, przeto zmiany takie wykrywają się zazwyczaj dopiero w związku z innem cierpieniem przewodu pokarmowego, jako rzecz przygodna, przypadkowa, ale, naturalnie, bez skurczu wpustu, a więc bez zwracania na się specjalnej uwagi rentgenologa. Na obfitym materjale Szpitala Ujazdowskiego, który przegląda właśnie osobników młodych, rozszerzenie przełyku bywa spostrzegane przygodnie kilka razy do roku.

Objawy chorobowe występują jednak w związku ze skurczem wpustu, którego etjologja jest różnorodna, jak wykazaliś-

my na początku, najczęściej na tle nerwowem, często jednak bez wyraźnego jakiegoś czynnika. Naturalnie, ustalenie tego czynnika może mieć duże znaczenie dla postępowania leczniczego, często jednak nie wywiera żadnego wpływu.

W samoistnem rozszerzeniu przełyku ze skurczem chodzi zatem o usunięcie skurczu wpustu. Czasami udaje się to dość łatwo zwłaszcza po stosowaniu środków farmakologicznych, działających na układ wegetatywny, przedewszystkiem na nerw błędny (atropina, adrenalina, neopankarpina, pilokarpina); niekiedy trzeba się uciekać do czynnika mechanicznego (zgłębnik), często jedynie leczenie chirurgiczne daje dobre wyniki (zabiegi: Mikulicza, Heyrowskiego, Gregoira, *oesophago-gastrostomia,* osiągnięcie przepony i nacięcie otoczki na wpuście). Ale niekiedy nawet i zabiegi krwawe nie dają dłuższego lub całkowitego wyleczenia, jak w podanym powyżej przypadku pierwszym (dwa razy dość ciężki zabieg). W tych razach, jak zresztą wszędzie, gdzie zawiodą zwykłe środki lecznicze, rozszerzenie skurczu wpustu drogą bezkrwawą zapomocą rozszerzacza Starka powinno być wypróbowane. W naszych przypadkach doprowadziło ono do wyniku pomyślnego.

Piśmiennictwo.

1) Aschoff. Pathologische Anatomie. Wyd. VI. Jena, 1923.

2) H. Assmann. Klinische Roentgendiagnostik der inneren Erkrankungen. Vogel. 1922.

3) R. Bensaude et L. Rivet. Pathologie de l'oesophage (Nouveau Traité de Méd. T. XIII).

4) Koehler A. Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Roentgenbilde. Thieme, Lipsk, IV wyd.

5. E. Schlesinger E. Rachwalsky. Roentgendiagnostik der Magen-und Darmkrankheiten. Wyd. III. Berlin, 1927, Urban-Schwarzenberg.

Streszczenia.

Boas. O pewnych szczegółach w rozpoznawaniu chorób układu pokarmowego. (Arch. f. Vrdgkr. T. XLII Z. 4.)

Do zasadniczych objawów guzów złośliwych przełyku i wpustu autor zalicza t. zw. mostkowy ból opukowy,

który polega na tem, że podczas opukiwania mostka zapomocą młotka lub palca natrafiamy bardzo często na ograniczone bolesne miejsce na przestrzeni 2 — 3 ctm. Ból ten trwać może nawet przez kilka następnych godzin. Ma on być charakterystyczny nie tylko w razie ciężkich spraw rozpadowych, lecz również pozwala na wskazanie miejsca cierpienia, co potwierdziły badania radjologiczne i badania zapomocą zgłębnika. Kilkakrotne badania w różnych odstępach czasu wykrywały ten ból zawsze w tem samem miejscu mostka, gdy tymczasem inne miejsca były na uderzanie niewrażliwe. W innych cierpieniach przełyku (uchyłki, skurcze, nerwice) objawu tego nie udało się stwierdzić. Ma to być jedynie środek orjentacyjny, który jednak sam przez się do rozpoznania nie wystarcza.

Do symptomatologji chorób przewodu pokarmowego autor wprowadza t. zw. „Schlagschmerz" — ból z uderzenia, które wykonywa się rozwartemi palcami prawej ręki. Uderzenie wywołuje krótkie, równomierne wstrząśnięcie okolicy nadbrzusza, dwunastnicy, pęcherzyka, wyrostka robaczkowego, jajników.

Pyrosis coli. Autor spotykał chorych, którzy skarżyli się na gwałtowne, palące bóle w okolicy kiszki grubej, niezależnie od jedzenia. W tych wypadkach palenie było wyrazem nieżytu przewlekłego kiszki grubej i powstawało wskutek drażnienia śluzówki jelitowej przez pewne organiczne substancje rozpadowe. Objaw ten znikał po uregulowaniu czynności jelitowej i zwalczeniu zaparcia.

Józef Nusbaum.

Barsony. O uchyłkach. (Arch. f. Vrdgskrkh. T. XLIII).

Nieliczne tylko uchyłki są wrodzone, znaczna ich większość powstaje w wieku dojrzałym. Powstawanie ich wyprzedza ograniczone, alboteż rozlane zmniejszenie napięcia mięśniowego, bądźteż zanik mięśniówki.

Większość uchyłków przełykowych powstaje w następstwie uwypuklenia mięśniówki na ograniczonej przestrzeni. W początkowym okresie włókna mięsne są tu jeszcze zachowane i dopiero później zanikają. Inne uchyłki powstają wskutek two-

rzenia się małych luk mięśniowych, poprzez które uwypuklają się warstwy ściany.

Zmniejszenie napięcia mięśniowego spowodowane jest najczęściej nie przez jedną przyczynę.

Uchyłki powstają w miejscach predysponowanych, częściowo uwarunkowanych przez czynniki wrodzone i anatomiczne.

Józef Nusbaum.

Strauss. O mikrogastrji. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII Z. 4).

Podejrzenie małego żołądka nasuwają wszystkie te przypadki, w których zdolność przyjmowania pokarmów już w normalnych ilościach jest obniżona i gdy przyjmowanie ich w większej ilości powoduje uczucie pełności i przesycenia, a nawet wymioty bardzo małemi ilościami pokarmowemi. Podczas badania radjologicznego wtedy należy zwrócić uwagę na zaleganie zawartości w przełyku i możliwe rozszerzenie jego i na niedomogę odźwiernika.

Mały żołądek zdarza się przedewszystkiem w rozlanym raku włóknistym *(scirrhus)* żołądka, następnie w stanach wyniszczenia, zwłaszcza wskutek zwężenia przełyku lub wpustu, w przypadkach wzdęcia brzucha, uniesienia żołądka od dołu przez rozmaite guzy itd. Mikrogastrja ma być jednym z ważniejszych objawów kiły żołądka.

Józef Nusbaum.

Perutz: W sprawie leczenia wrzodu żołądka nowoprotyną. (Münch. Mediz. W. N. 31/1928).

Autor od roku stosuje u swych chorych miast wstrzyknięć dożylnych nowoprotyny — li tylko domięśniowe. Dochodzi do przekonania, iż wstrzyknięcia domięśniowe w działaniu swem nie ustępują zastrzyknięciom dożylnym — możliwie nawet, iż potęgują działanie nowoprotyny. Bóle kurczowe natychmiast ustępują, nie wywołując ujemnego wpływu na ustrój. Wstrzyknięcia stosuje on 2 razy tygodniowo; dawki wahają się od 0,4 lub 0,5, nie przekraczając 1 ctm. sz.

Fr.

Simici, Mustata i Petrovici. O działaniu leczniczem siarczanu barytu i cytobarjum we wrzodach i w stanach nadczynnościowych żołądka. (Arch. Appar. Dig. 1928. Nr. 8).

Radjolodzy od dłuższego już czasu spostrzegali, że niekiedy bezpośrednio po radjologicznem badaniu żołądka objawy wrzodu znikają na mniej więcej długi okres czasu. W ostatnich latach niemieccy klinicyści wprowadzili siarczan barytu i cytobarjum do lecznictwa wrzodu żołądka. Opierając się na powyższem, autorzy przeprowadzili wzmiankowaną kurację w 14-tu przypadkach wrzodu żołądka i 19-tu przypadkach nieżytu żołądka przewlekłego, alboteż dyspepsji z dużą nadkwaśnością. W 9-u przypadkach wrzodu objawy bólowe zupełnie znikły, w 3-ch nastąpiła znaczna poprawa, zaś dwa nie wykazały zmiany. W niektórych przypadkach ustąpiły zmiany rentgenologiczne. W wielu przypadkach kwaśność została znacznie obniżona. Krwawienia utajone znikły po niedługim czasie. W przypadkach nadkwaśności nieżytowej oraz czynnościowej autorzy spostrzegali znaczną poprawę.

Omawiane leki autorzy stosują w sposób następujący: 15 gr. — 4 razy dziennie: 3 razy na godzinę przed jedzeniem i 1 raz przed snem — w szklance wody. Leczenie trwa przez kilka tygodni w serjach dwunastodniowych z przerwami 10-dniowemi.

M. O.

Balint. O bólach we wrzodzie żołądka. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLIII).

Autor obala twierdzenie, iż ból wrzodu żołądka jest wynikiem żrącego działania kwasu. Takie same bowiem bóle obserwuje się również we wrzodach, przebiegających z niedokwaśnością lub nawet z brakiem kwasu. W okresach bezbólowych często stwierdza się brak zmian w objawach objektywnych oraz w wydzielaniu. Wprowadzenie nawet dużych ilości kwasu do żołądka nie powoduje bólów wrzodowych. Chorym dawano w czasie bólu głodowego smaczną pieczeń z kartoflami jedynie do żucia, poczem badani, nie połykając pokarmu, wypluwali go. Bóle ustępowały, mimo iż z żołądka wydobywano dość duże

ilości kwasu. Brak zatem związku przyczynowego między nadkwaśnością a powstawaniem bólu.

Podobnie ma się rzecz z podawaniem zasad. Nie chodzi tu o zobojętnianie kwasu żołądkowego, gdyż zasady łagodzą bóle wrzodowe również w niedokwaśności. Przeciwko zobojętnianiu przemawia też fakt, iż to samo działanie zasad występuje również po podawaniu przez odbytnicę lub dożylnie.

W powstawaniu bólu odgrywają rolę 2 czynniki: skurcz żołądka oraz oddziaływanie kwaśne krwi. We wszystkich przypadkach kwaśność krwi była zwiększona. Tem też ma się tłómaczyć działanie zasad w przypadkach niedokwaśności, działanie atropiny, heteroproteinoterapji, naświetlań Roentgenem itd. Wszystkie te środki powodują alkalozę krwi. To samo działanie wywiera większy krwotok, po którym zazwyczaj wszelkie bóle znikają, odmiennie zaś działa praca fizyczna, która, zwiększając kwasicę, wzmaga też bóle.

Józef Nusbaum.

Amberger: Przedziurawienie żołądka po papce barytowej. (Münch. Med. Woch. N. 35/1928).

Autor przytacza 2 przypadki, w których po badaniu żołądka promieniami Roentgena wystąpiły objawy przedziurawienia; zabieg chirurgiczny, wykonany wkrótce po zbadaniu rentgenologicznem, zdołał uratować tych chorych — głównie dzięki temu, iż istniały u nich zrosty wrzodu z trzustką, wobec czego papka barytowa nie przedostała się w znacznej ilości do wolnej jamy brzusznej. Należy więc z większą oględnością kierować chorych z przenikającym wrzodem żołądka do badania rentgenologicznego.

Fr.

Korbsch: Wziernikowe obrazy we wrzodach żołądka. (Münch. Med. W. N. 39/1928).

Autor przejrzał przeszło tysiąc żołądków gastroskopem i we wszystkich przypadkach z owrzodzeniem stale stwierdzał znaczny nieżyt śluzówki, który znacznie wcześniej występował niż owrzodzenie. Uznaje więc autor, iż jedynym podstawowym wa-

runkiem do powstania wrzodu żołądka powinno być przewlekłe zapalenie śluzówki żołądka. Zależne ono jest od usposobienia danego osobnika do powyższego cierpienia oraz od budowy samej śluzówki. Autor wobec tego jest przeciwny chirurgicznemu leczeniu owrzodzeń, — gdyż za pomocą wziernika żołądkowego stwierdził po operacji znaczniejsze jeszcze zmiany nieżytowe, niż przedtem. Jest on zwolennikiem naświetlań promieniami Roentgena.

Fr.

Henning: Próba histaminowa a rokowanie w braku soku żołądkowego. (Münch. Mediz. Woch. N. 41/1928).

Wielką jest zasługą Popielskiego, że swemi badaniami na zwierzętach udowodnił, iż histamina wywiera wybitny wpływ na wydzielniczość gruczołów żołądkowych. W razie braku odczynu po zastrzyknięciu podskórnem można stanowczo orzec, iż śluzówka żołądka znajduje się w stanie zaniku i nie jest zdolna do wydzielania kwasu solnego. Autor opisuje przypadek, w którym przeprowadzono kilkakrotnie próby z histaminą. Otóż, pomimo, iż po drugiem wstrzyknięciu 0,5 histaminy stwierdzono brak kwasu solnego wolnego, wówczas, gdy po pierwszem wstrzyknięciu wystąpiło wybitne wydzielenie kwasu, —próba, zastosowana po raz trzeci, wykazała znów obecność HCl. To też autor uprzedza, iż nie należy zadowolić się jednorazową próbą, gdy się ma wydać orzeczenie o uszkodzeniu komórek okładowych.

Fr.

Peterman: Trudności rozpoznawcze i omyłki w krwotokach z przewodu żołądkowokiszkowego. (Deutsche Mediz. Woch. N. 36/28 r.).

Ostatnio wśród chirurgów istnieje tendencja natychmiastowego zabiegu chirurgicznego podczas krwawienia z żołądka. Autor, jako chirurg, przestrzega, aby zbyt szybko nie operowano, przytaczając kilka przypadków, w których rozpoznanie kliniczne wrzodu żołądka albo dwunastnicy podczas zabiegu chirurgicznego nie potwierdziło się. Otóż u 2-ch chorych stwierdzono —

marskość wątroby, u jednego — białaczkę szpikową, jeszcze u jednego — niedokrwistość złośliwą, wreszcie zmniejszoną liczbę płytek krwi. Przykra jest sytuacja chirurga, kiedy, operując chorego krwawiącego z rozpoznaniem wrzodu dwunastnicy—, stwierdza zupełnie normalną dwunastnicę, a chory ginie, krwawiąc nadal. A więc należy wykorzystać wszystkie metody rozpoznawcze — zwłaszcza nie zapominać o badaniu krwi!

Fr.

Vandorfy i Barath. O działaniu rozczynów tłumikowych na wydzielniczość żołądka. Klin. Woch., 28, Nr. 17, str. 800.

Rozczyny tłumikowe (rozczyn n/15 $Na_2 HPO_4$ i $NaH_2 PO_4$ usuwają wysoką kwaśność w przypadkach nadkwaśności bez ujemnych skutków stosowania sody i innych zasad,, a więc drażniącego działania zasad i następczej nadkwaśności soku.

J.

Scheftel. O znaczeniu domieszek krwi w zawartości żołądka podczas badania cienkim zgłębnikiem. Klin. Woch., 28, Nr. 33, str. 1537.

Krew występuje w 3 postaciach: 1) krwawe zabarwienie całej zawartości, 2) pojedyncze krwawe punkty, 3) kłaczki śluzu ciemnobrunatne lub czarnobrunatne. Krew, występująca na czczo lub w okresie potrawiennym, nie ma znaczenia, gdyż może być pochodzenia urazowego lub pozażołądkowego. Szczególnie ważny jest śluz, występujący w okresie wydzielania trawiennego lub potrawiennego *(Nachsekretion).* Zabarwienie jego świadczy o utajonych krwawieniach. Objaw ten zyskuje na wadze, jeżeli drobnowidowo nie stwierdzamy krwinek, a zawartość, w której spostrzegaliśmy śluz, w przeciwieństwie do śluzu daje próbę na krew ujemną.

J.

Strauss. Zagadnienie bólu we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. Klin. Woch., 28, Nr. 2, str. 57.

Rozbieżność między obrazem patologoanatomicznym a istnieniem, lub też stopniem natężenia bólów jest faktem znanym. Dla powstawania bólów ważne są: obecność wolnego HCl, istnie-

nie otoczki zapalnej, albo też nieżytu okołowrzodowego i całość gałązek nerwowych. Główną rolę gra nieżyt śluzówki, dlategoteż kuracja przeciwwrzodowa, działająca pomyślnie na nieżyt, jest wskazana i w tych przypadkach skarg wrzodowych, gdzie istnienie wrzodu anatomicznego jest wątpliwe, a nawet nieprawdopodobne.

J.

Hess i Faltitschek. Zaburzenia odruchów nerwowych we wrzodzie dwunastnicy. Klin. Woch., 28, Nr. 4, str. 150.

Drogą doświadczalną stwierdzono zaburzenia w układzie współczulnym.

J.

Gutzeit: Schorzenie śluzówki żołądka w ołowicy. (Münchn Mediz. Woch. N. 38/1928).

Znane są objawy chorobowe w ołowicy: żółtoszare zabarwienie skóry, czarny rąbek na dziąsłach, brak łaknienia, zaparcie, kolka brzuszna, bóle stawowe, wreszcie zmiany nerkowe i mózgowe. Opisane są zmiany krwi — zwłaszcza w krążkach czerwonych. Ale wszystkie te objawy mogą też być napotykane i w innych schorzeniach, skargi zaś żołądkowokiszkowe tych chorych, stwierdzane w wywiadzie, nie mogą być objektywnie potwierdzone; wobec tego badanie tych chorych za pomocą gastroskopu i promieni Roentgena wykazuje wybitne zmiany, które należy uważać za specyficzne dla ołowicy. Autor stwierdził u tych chorych przewlekły nieżyt żołądka, poczynając od niewielkich stosunkowo zmian, aż do ubytku śluzówki i do jej przerostu. Badanie zawartości żołądkowej wykazuje znaczną domieszkę śluzu. Na 15-u chorych na ołowicę autor stwierdził za pomocą gastroskopu u 9-u przerostowy nieżyt żołądka, u 4-ch — powierzchowny nieżyt, u 2-ch — zanikowe zmiany w śluzówce; u 4-ch chorych prócz tego stwierdzono wrzód trawienny. Zdjęcia rentgenowskie również były typowe dla zmian w śluzówce.

Fr.

Faber: Zespół odźwiernikowy. (Arch. f. Vrdgrkrh. T. XLIII).

Trzy opisane przypadki są jakby potwierdzeniem teorji

Konietznego o t. zw. *„pylorusgastritis"*. Zespół objawów u wszystkich tych chorych pozwalał na rozpoznanie, wrzodu pozaodźwiernikowego.

Po dokonaniu rezekcji części odźwiernikowej wrzodu nic znaleziono, natomiast stwierdzono objawy nieżytu tej okolicy z nadżerkami śluzówki lub bez nich.

Nadżerki te możnaby uważać za ostre owrzodzenia, były jednak zbyt powierzchowne i świeże, aby miały utrzymać się w tym stanie od dłuższego czasu, powodując stałe dolegliwości. Należy raczej przyjąć, iż przewlekły nieżyt żołądka może być przyczyną tych małych owrzodzeń śluzówkowych, które tłómaczą występowanie krwotoków.

Po dokonanej rezekcji chorzy czuli się zupełnie dobrze. W przypadkach operowania wrzodu przyodźwiernikowego autor jest zwolennikiem rezekcji tej części w całości.

Józef Nusbaum.

Boas. O znaczeniu utajonego krwawienia w zespole objawów wrzodu żołądka i dwunastnicy. (Med. Kl. Nr. 36/1928).

Autor przestrzega, aby nie przeceniano utajonego krwawienia. Bardzo wiele przypadków wrzodu, operacyjnie stwierdzonych, nie wykazywało tego objawu. Zastanawiając się nad tak częstym brakiem utajonego krwawienia, Boas wskazuje na to, że często zachodzą omyłki rozpoznawcze, zwłaszcza rentgenologiczne. Niemałe znaczenie ma również ta okoliczność, że niezbyt rzadko hemoglobina w jelitach przechodzi w hematoporfirynę, która, oczywiście, nie daje się wykryć zwykłą drogą. Ogromne znaczenie ma obecność utajonego krwawienia; autor zastrzega się, że tylko o tyle, o ile i inne objawy przemawiają za wrzodem. Fakt, że utajone krwawienie może być wywołane i innemi cierpieniami, zniewala do większej ostrożności.

M. O.

Goldschmidt. W sprawie leczenia kamicy żółciowej. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLIII).

W przypadkach kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego autor zaleca stosowanie kuracji śmietankowej. W

przeciwieństwie do oliwy, — śmietanka jest przyjmowana bez wstrętu i nie powoduje niestrawności. Usuwa często towarzyszące kamicy objawy żołądkowe, jak nadkwaśność i skurcze odźwiernika. Łącznie z żółtkiem jaj śmietanka jest bardzo silnym środkiem żółciopędnym.

Autor podaje codziennie w 3-ch porcjach 1/4 litra 12 — 15% śmietanki. Zrana, jako I-sze śniadanie, z dodatkiem herbaty i sucharka z masłem. Drugą i 3-cią porcję na 1/4 — 1/2 godz. przed obiadem i kolacją.

U osób szczupłych zwiększał dawkę dzienną do 1/2 litra.

Józef Nusbaum.

Adamowicz: O Cholecystografji. (Polska Gaz. Lek. Nr. 41/1928).

Autor stosował czterojodek śródżylnie u 40-u chorych, a u 10-iu chorych — przez usta.

Stosowano przetwór firmy Spiess, który dawał mniej ubocznych objawów, niż przetwór Mercka. Wstrzykiwanie śródżylne powinno trwać 10 minut.

Przed podaniem czterojodku — chory otrzymuje 0,002 atropiny podskórnie, prócz tego śródmięśniowo 2 ctm. sz. hipofizyny — celem wywołania opróżniania się pęcherzyka żółciowego. Zdjęcia wykonywano w 14 — 15 godzin po podaniu „tetrakontrastu". Po podaniu tetrakontrastu przez usta otrzymano wyniki niezadawalające.

Przeciwwskazania do stosowania czterojodku stanowią zmiany chorobowe miąższu wątrobowego (marskość i rak wątroby), oraz żółtaczki ostre, przebiegające z gorączką, wreszcie chorzy na cukrzycę; również nie należy stosować metody cieniowania pęcherzyka żółciowego w przewlekłych chorobach nerek, u chorych na zwężenie odźwiernika oraz u chorych na wybitną niedokrwistość.

Ostrożnie należy stosować środek ten rozpoznawczy u chorych sercowych z objawami hipotonji. Dodatni wynik świadczy o normalnym stanie pęcherzyka; nieotrzymanie cienia woreczka najczęściej przemawia za schorzeniem pęcherzyka żółciowego.

Fr.

Lange. Samoistne pęknięcie śledziony w przypadku białaczki. (Med. Kl. N. 34/1928).

Przypadek godny uwagi z tego względu, że podczas sekcji stwierdzono 2-krotne pęknięcie śledziony: jedno — miąższu, a drugie — otoczki. Między jednem pęknięciem a drugiem był odstęp 4-dniowy.

Przypadek jest ciekawy i z punktu widzenia symptomatologji: chory przybył z objawami ostrego zapalenia wyrostka — sekcja zaś zwłok w tym narządzie nie wykazała żadnych zmian.

M. O.

Schultze-Henbach: Doświadczenia z preparatem „Allisatin" w schorzeniach jelitowych. Münch. Mediz. Woch. N. 32/1928.

Od 2-ch lat autor stosuje allizatynę we wszelkiego rodzaju biegunkach. Jest to przetwór czosnku *(Allium Sativum)*, w którym za pomocą węgla udało się usunąć przykry zapach. U chorych, którym tannalbina, bismut nie przynosiły ulgi, allizatyna, podawana 2 — 3 razy dziennie po 2 pastylki powodowała zupełną poprawę. Stosowano przetwór ten w ostrych, podostrych oraz przewlekłych przypadkach. W przypadku biegunki zakaźnej w zapaleniu płuc włóknikowem — po 3-dniowem podawaniu Allizatyny — biegunka, przebiegająca z 12-u wypróżnieniami w ciągu pierwszego dnia — ustąpiła w zupełności.

Fr.

Bucka. O leczeniu wrzodziejącego zapalenia kiszki grubej zapomocą autoszczepionek. (Arch. f. Vrdkrh. T. XLII Z. 4).

Opisane przypadki przewlekłego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, leczono autoszczepionkami po uprzedniem zastosowaniu wszelkich środków wewnętrznych, a głównie wody wapiennej i lawatyw z roztworu Yatrenu. Szczepionki były przygotowane w ten sposób, iż 0,1 ctm. sz. zawierał przeciętnie 3,5 miljona zarodków. Wstrzykiwano podskórnie coraz większe dawki, rozpoczynając od 0,1 ctm. sz. co 4 — 5 dni.

Na 10 leczonych w ten sposób przypadków otrzymano 3

razy wyniki zupełnie dobre, 3 razy — ujemne, w 4-ch zaś — jedynie krótkotrwałe.

Józef Nusbaum.

Ziegler. W sprawie zdjęć rentgenologicznych odbytnicy. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII Z. 4).

Z. zaleca do wykonywania zdjęć odbytnicy gęstą papkę kontrastową (150 gr. Bar. sulf. na 150 części wody). Przeszkody w stosowaniu zwykłej papki są następujące: 1) Nietrzymanie się jej wskutek ciężkich zmian zapalnych, powstałych w następstwie zwężenia,

2) zwężenie odbytnicy, powstające b. często na przejściu części bańkowej w część kroczową, która od stosowania zwykłej papki źle się wypełnia,

3) wreszcie ostatnią trudność stanowią przetoki i założony sztuczny odbyt.

Autor podaje i opisuje rentgenogramy ze zwężeniem odbytnicy na tle kiły, rzeżączki i raka.

Józef Nusbaum.

Kortenhaus: Ulepszony sposób wykrywania jaj pasorzytów w suchym kale. (M. Med. W. N. 24/1928).

Celem ułatwienia wykrycia jaj pasorzytów w kale — autor badał kał sposobem E. Heina, który polega na roztarciu kału na szkiełku przedmiotowem, następnie dodaniu pod szkiełko pokrywkowe olejku cedrowego w celu wyświetlenia preparatu. Autor zmienił ten sposób badania, rozcierając kał poprzednio 10%-owym kwasem octowym. Tak przygotowany preparat schnie na powietrzu.

Fr.

Direktorowitsch: Glisty dżdżownicowate, powodujące uporczywe biegunki u dorosłych. (Münch. Mediz. Woch. Nr. 31/1928).

U niektórych dorosłych obserwujemy biegunki z bólami brzusznemi i mdłościami bez pewnej przyczyny. Podczas bada-

nia kału znajdujemy często jaja glisty, które powodują wystąpienie powyższych objawów. Autor obserwował takie przypadki, w których, po odpowiedniej kuracji odegnania pasorzytów. (Ol. Chenopodii), znikała biegunka i ogólny stan chorego podlegał wybitnej poprawie. Należy przypuszczać, iż ekstrakt trujący glisty ujemnie wpływa na gałązki nerwu błędnego. Zwiększona liczba ciałek eozynochłonnych we krwi nosicieli glist — zdaje się potwierdzać powyższe przypuszczenie.

Fr.

Cohnheim. Kuracja czekoladowa w pewnych postaciach zaparcia przewlekłego. (Arch. f. Vrdgkrh. T. XLII Z. 4).

Kuracja ta wskazana jest wyłącznie w skurczowej postaci zaparcia, niezależnie od tego, czy chodzi o pierwotny czy wtórny nieżyt kiszki grubej. Zatwardzająco działa jedynie kakao, ponieważ jest odtłuszczone. Czekolada zaś zostaje jeszcze sztucznie przetłuszczona. T. zw. gorzka czekolada zawiera 60% kakao i 40% cukru, słodka zaś odwrotnie. Do celów leczniczych najbardziej nadaje się gorzka czekolada, która zawiera około 25 — 30% masła kakaowego bez dodatku mleka lub śmietany, gdyż chorzy na nieżyt kiszki grubej źle reagują na przetwory mleczne. Zazwyczaj wystarcza 100-gramowa tabliczka dziennie. Chorym podaje się zrana na czczo i wieczorem przed snem po 30 gr. i do tego 100 — 150 gr. letniej wody do picia, pozatem po 20 gr. przed obiadem i przed kolacją. Zamiast czekolady można dać Ol. cacao w substancji 3 razy dziennie po 1/2 do 1 łyżki stoł. Autor podaje Ol. Cacao wtedy, gdy po czekoladzie występuje palenie lub nudności.

Kuracja czekoladowa jest przeciwwskazana u cierpiących na kwaśny nieżyt żołądka z otłuszczeniem lub w postaci atonicznej. Przyzwyczajenia jelita do czekolady nie stwierdzono — wzdęcia i napięcie brzucha, jak również wszelkie objawy nerwowe i naczynioruchowe znikały.

Józef Nusbaum.

V. Norden: O leczeniu owocami i o diecie roślinnej surowej. (Therapie der Gegenwart. N. 7/1928).

Autor jest od wielu lat zwolennikiem leczenia owocami

podczas kuracji odtłuszczającej — dzięki małej ilości kaloryj, a znacznego uczucia nasycenia; zdaniem autora takie dnie „owocowe" nadają się do zastosowania tylko od czasu do czasu i to z pewnemi dodatkami; nadają się one również w cierpieniach nerkowych, cukrzycy, w obrzękach miejscowych, w marskości wątroby, w zapaleniach opłucnej i oskrzeli i wreszcie w dnie. Wręcz przeciwnie zapatruje się autor na „fanatyczną" wiarę zwolenników tak modnej obecnie diety surowej. Widzi on nawet w takiem stosowaniu tej diety pewne niebezpieczeństwo dla zdrowia tych fanatyków, wskutek braku białka i małej ilości kaloryj; dalej uważa on, iż nie u wszystkich osobników żołądek i jelita są w stanie przyjąć tak wielkie ilości surowizny. Wreszcie zaznacza, iż bardzo niehigjeniczne są te potrawy surowe, dając możność rozwijania się chorób zakaźnych. A więc, zdaniem autora, należy stosować dietę mieszaną w każdym oddzielnym przypadku, dodając odpowiednio niezbędne pokarmy.

Fr.

A. Schittenhelm. O diecie surowej roślinnej i jej zastosowaniu u chorego. (Med. Kl. N. 43/1928).

Pokarmy nasze wiele tracą przez gotowanie. Zwłaszcza giną witaminy, które są bardzo wrażliwe na działanie ciepła. Z drugiej strony niektóre rośliny, głównie zaś korzenie zawierają witaminy w znacznej ilości. Chwiejność zdrowia ku końcowi zimy i na początku wiosny autor tłómaczy jednostajną dietą zwierzęcą, stosowaną w tej porze roku. Dieta surowa roślinna, według autora, polega na połączeniu owoców, jarzyn, korzeni z oliwą i winem z wyłączeniem wszelkich pokarmów gotowanych lub zapomocą ciepła inaczej sporządzanych. Wprowadzenie tej diety zwykle napotyka na duże trudności, jednakże chorzy się do niej szybko przyzwyczajają. Wskazania są bardzo rozległe, zwłaszcza w cukrzycy. Autor przytacza 3 przypadki cukrzycy, w których stosowanie tej diety miało dobry skutek.

M. O.

Seyderhelm. Wyniki leczenia dietetycznego w niedokrwistości złośliwej. Klin. Woch, 28, Nr. 1, str. 1.

Podawanie wątroby. Wyniki bardzo pomyślne, przewyż-

szające wszystkie inne metody leczenia. Częste nawroty, ustępujące po ponownem podaniu wątroby. Bezsok żołądkowy nie ustępuje, również zmiany w układzie nerwowym. Dawkowanie: 200 gr. gotowanej, albo też 180 gr. surowej wątroby. (Surową drobno posiekać i podawać ze sokiem pomarańczowym).

J.

Herold i Mühsam. Przyczynek do leczenia wątrobą niedokrwistości złośliwej. Klin. Woch., 28, Nr. 4, str. 190.

Kazuistyka. Wynik pomyślny. Dawka dzienna 250 gr.

J.

Seyderhelm i Opitz. Leczenie niedokrwistości złośliwej wyciągiem z wątroby. Klin. Woch., 28, Nr. 5, str. 205.

Wyciąg ten — Hepatrat, daje pomyślne wyniki i usuwa trudności, powiązane ze stosowaniem przez dłuższy czas dużych dawek wątroby.

J.

Newton. O działaniu wyciągów z wątroby na niedokrwistość wtórną u gruźlików. Klin. Woch., 28, Nr. 22, str. 1062.

Wyniki pomyślne. Jednocześnie wzrost ilości limfocytów i eozynochłonnych.

J.

Schilling. Działanie i teorja leczenia wątrobą niedokrwistości złośliwej. Klin. Woch., 28, Nr. 19, str. 882.

Możemy prawie stanowczo twierdzić, że pierwotna przyczyna niedokrwistości złośliwej leży nie w szpiku; możliwe jest, że należy jej doszukiwać się w wątrobie. W każdym razie możemy się spodziewać, że dzięki stosowaniu wątroby uda się nam w przyszłości ustalać i leczyć początkowe okresy cierpienia, jak i bardzo liczne lekkie przypadki.

J.

Jungmann. O sposobie działania diety wątrobowej w niedokrwistości złośliwej. Klin. Woch., 28, Nr. 10, str. 441.

Wyniki niezmiernie pomyślne; do utrzymania pomyślnego stanu niezbędne jest stałe podawanie wątroby w mniejszych ilościach. Leczenie wątrobą nie jest przyczynowe, a tylko obja-

wowe; przedewszystkiem następuje poprawa stanu ogólnego, następnie dopiero wzrost hemoglobiny i wreszcie ilości krwinek bez obrazu przełomu krwi. Pomyślne działanie, wbrew zdaniu autorów amerykańskich, polega nie na wzmożonem powstawaniu krwinek, ale na zmniejszonem niszczeniu.

J.

Beck. Wpływ diety wątrobowej na czerwone ciałka krwi i zawartość cholesteryny. Klin. Woch., 28, Nr. 26, str. 1235.

Niedokrwistość wtórna po krwawieniach, w nowotworach złośliwych, Aleukia haemorrhagica, w niedomodze tarczowej oraz ustrojowa niedokrwistość bliźniąt nie ustępują pod działaniem wątroby. Poprawa następuje w niedokrwistości złośliwej, wtórnej (gruźlica, zapalenie wsierdzia i inne), pokarmowej niemowląt i małych dzieci, gnilcu dziecięcym i krzywicy. W pierwszej grupie przyczyną niedokrwistości jest schorzenie szpiku, w drugiej właściwości erytrocytów i wzmożony ich rozpad. Liczba czerwonych ciałek, hemoglobiny, zawartość cholesteryny i odporność krwinek wzrasta.

J.

Grassheim. Badania nad przemianą materji w niedokrwistości złośliwej ze szczególnem uwzględnieniem diety wątrobowej. Klin. Woch., 28, Nr. 30, str. 1424.

U większości chorych poprawie we krwi towarzyszy spadek wzmożonej przemiany materji, jednak niekiedy ciężkie zaburzenia przemiany pozostają nadal mimo normalnego obrazu krwi.

J.

Elias. Cukromocze, cukromocz nerkowy i cukrzyca. (Glykosurien, renaler Diabetes und Diabetes mellitus). Aerztliche Praxis, Tom 6. Nakładem Springera, Berlin, 1928. Str. 88 + VI. Cena 2,60 Mrk.

Obecnie przeżywamy istny przewrót w dietetyce cukrzycy. Istnieją diety głodowe i tuczące; białko, tłuszcze i węglowodany, przez jednych autorów całkowicie niemal skreślane z diety, u innych stanowią jej podstawę. Wszystkie te zalecenia, oparte na licznych badaniach klinicznych są godne próbnego zastosowa-

nia, ale jedynie w klinice, gdzie możliwą jest ścisła kontrola chorego i wyników danej metody. Lekarz praktyk, znający te sprawy tylko z literatury i nie rozporządzający pracownią kliniczną, staje wobec tych zawikłanych i niekiedy sprzecznych przepisów zupełnie bezradny. Dlategoteż niezmiernie pożyteczną jest omawiana tu broszurka; uwzględnia ona zdobycze lat ostatnich, ale, stosując się do potrzeb praktyka, daje mu przedewszystkiem wskazówki, jak należy postępować z chorym na cukrzycę w warunkach praktyki prywatnej, zalecając wyłącznie metody, jakie już przetrwały próbę czasu. Broszura ta napisana dostępnie, łatwym językiem i bardzo tania, zasługuje na szerokie rozpowszechnienie.

L. Justman.

Adlesberg i Porges: O leczeniu dietetycznem cukrzycy dietą, ubogą w tłuszcze. III. Kuracje węglowodanowe tuczące u źle odżywianych chorych cukrzycowych. Klin. Woch., 28, Nr. 32, str. 1503.

Punkt wyjścia stanowi hipoteza o antagonizmie między wątrobą glikogenową a tłuszczową. Przyrost glikogenu ułatwia zatrzymywanie w wątrobie cukru, otłuszczenie zaś je utrudnia. Należy więc wprowadzać mało tłuszczu, a dużo węglowodanów, alboteż tam (bez insuliny), gdzie jest to niemożliwe, zastępować węglowodany przez białko. Autorzy rozróżniają dietę I, odżywianie niedostateczne — tą drogą osiąga się znaczny wzrost tolerancji skutkiem zaniku tłuszczu w wątrobie. W cięższych przypadkach stosuje się insulinę i dietę II, zawierającą ilość kaloryj, ściśle dostosowaną do potrzeb ustroju, u ludzi otyłych z nadmiarem białka. U źle odżywionych dieta, zawierająca nadmiar węglowodanów i tłuszczów jest dobrze znoszona, jednak nie wpływa na wzrost tolerancji. Odwrotnie należy stwierdzić, że forsowne odżywianie tłuszczami zniża tolerancję, natomiast dieta tucząca węglowodanowa z ograniczeniem tłuszczów obok jednoczesnego podawania insuliny znacznie ją poprawia. Ilość białka powinna odpowiadać normalnym warunkom (200 — 250 gr. mięsa i 3 jaja), ilość tłuszczu nie przekracza 50 gr., resztę zapotrzebowania cieplnego (3000 — 4000 Kal.) pokrywają wę-

głowodany. Cukromocz zwalczamy insuliną. Opisana tu dieta powoduje spadek poziomu cukru we krwi i zmniejsza przepuszczalność nerek dla cukru.

J.

SPRAWOZDANIE Z VIII-go zjazdu gastrologów w Amsterdamie.

(od 12 do 14 września 1928 r.)

podał

Dr Leon Schlager.

Zjazd zagaił jako przewodniczący Hijmans van den Bergh. Po przywitaniu obecnych kolegów i gości mówił o bankructwie poglądów w niektórych działach medycyny, o wielkich natomiast postępach w innych, dalej o coraz większem rozgałęzieniu wiedzy lekarskiej. Następnie wywodził o intuicji lekarza, obdarzonego umysłem krytycznym i wnikliwym.

O GŁODZIE.

Zagadnienie głodu zostało poruszone przez kilku prelegentów:

J. Hudig. (Apeldoorn) mówił o głodzie gleby. Dzięki daleko posuniętym badaniom chemji gleby zdołano nawet najmniej nadające się pod uprawę pustkowia zamienić na urodzajna ziemię. Głównemi czynnikami urodzajności danego gruntu są: zawartość wapnia i zdolność jego do wymiany jonów między daną glebą a rośliną. Badania wykazały, że odpowiednio do zawartości tego pierwiastka w danym podłożu, rośliny dochodziły do optimum swego rozwoju i wydajności, alboteż zupełnie ginęły. Istnieje dzisiaj specjalna klinika i przepisy dietetyczne dla chorych roślin.

Morgulis (Omaha U. S. A.) ujął kwestję głodu ze sta-

nowiska fizjologji i patologji. Badania, które przeprowadził na zwierzętach i na ludziach dowiodły, że we krwi głodzącego się azot zwiększa się; tak samo i mocznik. Kwas moczowy powiększa się dwukrotnie we krwi, a w niektórych przypadkach i trzykrotnie i to nie przejściowo wskutek uszkodzenia nerek, lecz w następstwie zmienionej przemiany materji. Zwiększenie się azotu wydaje się tem dziwniejsze, że przemiana białkowa w ustroju ulega w okresie tym pewnemu zahamowaniu. Kreatynina i kwasy aminowe utrzymują się na tym samym poziomie. Składniki nieorganiczne surowicy nie zmieniają się w swojem stężeniu, aż do utraty 5-ej części wagi danego organizmu. W moczu znajdujemy zmniejszoną ilość chlorków, a wydzielanie wapnia zupełnie ustaje. Świadczy to, że głód nie wywiera żadnego wpływu na układ kostny.

Wobec dłuższego głodu chemiczny skład krwi, przypomina nam obrazy, towarzyszące uporczywym zaparciom, spowodowanym porażeniem, albo zamknięciem światła przewodu pokarmowego; mianowicie zwiększenie się azotu we krwi, któremu towarzyszy zmniejszenie się chlorków obok zwiększonej ilości dwuwęglanów. Mówca wyciąga wnioski następujące:

W razie długotrwałego głodu, podobnie jak w niedrożności, mamy do czynienia z zatruciem, które powstaje wskutek przedostania się do krwiobiegu produktów ciał białkowych *(Proteosen)*. Wzmożona pobudliwość psychiczna u jednych, u innych psychozy głodowe, często obserwowane, są następstwem trującego działania produktów rozpadu białka na tkanki najbardziej wrażliwe, a więc nerwowe. Leczenie głodowe należy stosować tylko jako środek wspierający w ściśle określonych granicach.

O leczeniu zapomocą diety głodowej mówi:

D e t e r m a n (Wiesbaden). Przed zastosowaniem kuracji głodowej należy zawsze uwzględnić wygląd i stan chorego i opróżnić przewód pokarmowy celem uniknięcia objawów zatrucia. Stosowanie powinno być indywidualne i planowe. Należy odróżnić głód tkanki od głodu, spowodowanego pustym żołądkiem. Głód pustego żołądka zależy od głodu tkanki, często jednak jest on następstwem jedynie przyzwyczajenia. Okres leczenia powinien trwać nie dłużej niż 10 — 12 dni. Używać należy

pokarmów mało ciepłostkowych, lecz wypełniających żołądek. (Owoce, jarzyny, sałaty). Należy jednak do tego przechodzić stopniowo. Odżywianie takie należy uzupełniać tłuszczem i węglowodanami. Pamiętać trzeba o ustępstwach indywidualnych dla każdego chorego, bez czego trudno się obejść. Głodówka wskazana jest w razie przekarmienia, otyłości, dny, zniekształcającego zapalenia stawów,, miażdżycy i w stanach ją poprzedzających, w schorzeniach wątroby, cukrzycy, zapaleniu nerek ostrem i przewlekłem, we wzmożonem ciśnieniu tętniczem, zapobiegawczo u rodzin, skłonnych do wzmożonego ciśnienia, w schorzeniach allergicznych na tle pokarmowem, w niepowściągliwych wymiotach u ciężarnych, we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. Natomiast przeciwwskazana jest dieta głodowa we wszystkich sprawach podostrych, zakaźnych i gorączkowych.

Porges (Wiedeń). Na podstawie licznych doświadczeń stosuje obecnie mówca u swoich chorych na cukrzycę następującą dietę: dużo węglowodanów, mało tłuszczu i wystarczająca ilość białka. Odpowiednio do stanu chorego i jego wagi stosuje insulinę jako środek pomocniczy. Zasada: przez węglowodany pobudzamy układ wysepkowy trzustki do silniejszego działania.

W dyskusji Minkowski, odpowiadając Porgesowi, twierdzi, że w jego doświadczeniach widzi tylko potwierdzenie dawnych zasad, a mianowicie: w przypadkach lekkich — słabe żywienie, a w przypadkach cięższych — insulina poprawia tolerancję organizmu.

Stosunek chorób krwi do przewodu pokarmowego.

Morawitz (Lipsk). Od czasu leczenia niedokrwistości złośliwej wątrobą, sprawa patogenezy tego cierpienia znowu powróciła na porządek dzienny, a zwłaszcza jej stosunek do przewodu pokarmowego. Między przewodem pokarmowym a chorobami krwi istnieje pewien stosunek, dowodem czego jest w nowotworach żołądka obraz krwi, odpowiadający obrazom w niedokrwistości złośliwej, jednak z leukocytozą. Głównie jednak powstaje pytanie, czy przez wchłanianie substancyj trujących drogą przewodu pokarmowego może powstać niedokrwistość złośliwa z odpowiednim obrazem krwi. Są pewne dane, które za tem przemawiają: niedokrwistość z powodu *Botriocephalus*

latus. Jednak i tu może zajść pewna wątpliwość. W krajach bowiem, w których pasorzyt ten nagminnie występuje, 20% ludności jest jego roznosicielem, a tylko 0.5 — 5% ludzi ma objawy kliniczne. Niedokrwistość występuje również w zwężeniach kiszek. W *colitis gravis i entorocolitis* występująca niedokrwistość jest typu wtórnego. W pojedyńczych przypadkach opisywano obraz krwi (hiperchromiczny), ale znaleziono przytem odmienną florę kiszkową. Przypadki takie należy uważać jako niedokrwistość pochodzenia kiszkowego, powstałą na tle zmian w samem jelicie. Nowotwory przewodu pokarmowego wywołują przeważnie niedokrwistość wtórną. Zdarzają się jednak przypadki o obrazie hiperchromicznym, którego powstanie moglibyśmy sobie wytłómaczyć jako pochodzenia kiszkowego. Mimo prac Huntera i Fabera nie mamy dotychczas niezbitego dowodu o jelitowej genezie niedokrwistości złośliwej. Obraz krwi hiperchromiczny i megalocytotyczny jest tylko odczynem swoistym szpiku kostnego na cały szereg szkodliwych czynników, który może powstać z różnych przyczyn. Badania bakterjologiczne spraw nie wyświetliły. Po kuracji wątrobowej następuje poprawa, jakkolwiek flora kiszkowa nie ulega zmianie. Ponieważ wątroba działa hamująco na rozrost tkanki embrjonalnej, teorja Ehrlicha doznaje nowego poparcia.

Nordman (Berlin) omawia *leczenie chirurgiczne w ciężkich niedokrwistościach wtórnych*, jakoteż i *w niedokrwistości złośliwej* z powodu *colitis ulcerosa*, w zwężeniach kiszek i guzach krwawniczych. Zabiegi w rodzaju appendikostomji nie dały żadnych wyników. Jedynie całkowite wyłączenie okrężnicy, albo jej wycięcie może przyczynić się do wyleczenia. W zwężeniach kiszek usunięcie przeszkody nie usuwa równocześnie niedokrwistości wtórnej, czasami nawet obraz krwi się pogarsza, mimo zupełnie swobodnego przejścia, i dopiero po pewnym czasie obraz krwi się polepsza i to bez względu na to, czy zwężenie było łagodne, czy też złośliwe. Jeśli jednak w nowotworze, niedającym się więcej usunąć, stworzymy odbyt sztuczny *(anus praeternaturalis)*, to obraz krwi w bardzo krótkim czasie się poprawi. Fakt ten miałby zatem świadczyć, że nie zastoina powyżej zwężenia i powstające drogą resorbcji zatrucie ma być przyczyną niedokrwistości, ale zapewne i inne czynniki, bliżej nam nieznа-

ne wchodzą tu w grę. Ważny jest fakt, że drogą operacyjną niedokrwistości wyleczyć nie można. Mówca zwraca jeszcze uwagę na ukryte krwawienia hemoroidalne, które mogą doprowadzić do najsilniejszej niedokrwistości wtórnej, kończącej się śmiercią. Mówca omawia dalej wskazania do zabiegu w anemiach, zagrażających życiu, np. we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. W stadjum ostrego krwawienia odradza mówca zabieg operacyjny, a radzi zastosować przetaczanie krwi, jako jedyny środek, tamujący i regenerujący krew.

Schottmueller, (Hamburg) mówił o układzie śródbłonkowosiateczkowym i jego znaczeniu dla powstawania bilirubiny. Według Aschoffa, bilirubina powstaje w układzie śródbłonkowosiateczkowym, a miąższ wątroby spełnia tylko funkcję wydzielniczą. Minkowski i jego szkoła przypisują temu układowi podrzędne znaczenie, opierając się na doświadczeniach u ssaków, u których bilirubina w dużej ilości wytwarza się poza wątrobą. W rozmaitych schorzeniach znajdujemy w surowicy krwi różne produkty rozpadu hemoglobiny. Mówca wypowiada się przeciw punkcji śledziony.

W sprawie niedokrwistości złośliwej wyraża się mówca w ten sposób: wszystkie teorje tej choroby są niewystarczające. Leczenie mamy bardzo dobre. Mówca leczy swych chorych wątrobą sproszkowaną. Miał tylko trzy wypadki śmierci z powodu wygłodzenia i wyczerpania. Po 14-tu dniach zwiększa się liczba erytrocytów i ilość hemoglobiny, bilirubina znika z krwi. Działanie wątroby nie jest wytłómaczone (przeciwtrujące albo hormonalne).

W dyskusji podaje Laqueur (Amsterdam) swoje doświadczenia z leczeniem wątrobą. Używa przetworu sporządzonego ściśle według wzorów amerykańskich (Pernaemon). Koncentracja przetworu bardzo wysoka: 12—15 gr. Pernaemonu odpowiada 1000 gr. wątroby.

Minkowski, odpowiadając Schottmüllerowi, zaznacza, że różnice między zdaniem jego i Aschoffa prawie się wyrównały.

Loewenberg (Berlin) podaje 45 przypadków niedokrwistości złośliwej, z których w 90% przypadków znalazł lasecznika okrężnicy. Mimo to nie uważa, by lasecznik ten

był specyficzny dla powyższego cierpienia, albowiem znajdujemy go również w *gastritis anacida* we florze kiszkowej. Świadczy to jedynie o braku ciał ochronnych (baktericydyny) w jelitach cienkich. Że zmieniona flora kiszkowa nie jest przyczyną schorzenia, świadczy o tem również i ten fakt, że pomimo remisji po kuracji wątrobianej flora u danego osobnika nie zmienia się.

Schüffner-Snyders (Amsterdam) mówił o chorobach przewodu pokarmowego, występujących w krajach podzwrotnikowych. Omawiał patogenezę, klinikę i terapię choroby, zwanej Sprue. Choroba ta ma pewne podobieństwo do niedokrwistości złośliwej, przyczem charakterystyczna jest tłuszczowa biegunka. Niedokrwistość jest pochodzenia hemolitycznego. Przypuszczają, że zachodzi tu pewien związek między kwasami tłuszczowemi a hemolizą. Badania mówcy przypuszczenia tego nie mogły potwierdzić.

ODŻYWIANIE SUROWE.

Friedberger (Berlin - Dahlen). Szczegółowe badania naukowe strawy surowej są właściwie bardzo skąpe. Jarosze, którzy z kuchni tej wytworzyli sobie pewien rodzaj idei życiowej, propagują ją z fanatyzmu bez dokładnej znajomości sprawy. Cechy dodatnie kuchni surowej, to lepsze żucie, przyjmowanie ciał mineralnych i witamin w postaci niezmienionej, wobec czego nadmiar płynów i soli kuchennej staje się zbyteczny. Osoba, odżywiająca się wyłącznie surowemi produktami, przyjmuje w większej ilości niezmienione witaminy i prędzej się nasyca. U tych rzadko spotykamy zaparcie. Dietę surową możemy stosować w niektórych cierpieniach skórnych, w uporczywem zaparciu, biegunce, w schorzeniach narządów krążenia, cukrzycy, epilepsji, otyłości i chorobach nerek.

Scheunert (Lipsk) przyznaje wspomniane cechy dodatnie surowej kuchni roślinnej, ale podkreśla też jej stronę ujemną. Przez przyjęcie strawy roślinnej niegotowanej, a więc niesterylizowanej, narażamy się na przyjmowanie szkodliwych drobnoustrojów i różnych pasorzytów. Nie można tego lekceważyć, zwłaszcza, jeśliby kuchnia roślinna znalazła większe zastosowanie wśród szerokich mas ludności. Przez gotowanie niszczy

się w dużym stopniu witamina C. przeciwszkorbutowa i to jest jedyną cechą ujemną potraw gotowanych. Jednak nie ma to większego znaczenia u ludów środkowoeuropejskich, które w dużej ilości konsumując kartofle tak, że zapotrzebowanie witaminy C. bywa zupełnie przez nie pokryte. Niema więc szczególnych wskazań do rozpowszechniania surowców roślinnych.

S t e p p (Wrocław). Tendencję dzisiejszą do surowej kuchni należy uważać jako rodzaj rewolucji przeciw coraz bardziej wzrastającemu rozpowszechnianiu i wyrafinowaniu potraw denaturowanych. Człowiek pierwotny zapewne żywił się strawą roślinną surową. Dążeniem jego jednak było zawsze, udostępnić sobie do strawienia przez gotowanie, smażenie i pieczenie produkty surowe, dostarczane mu przez przyrodę. Przewód pokarmowy człowieka nie nadaje się z powodu swojej budowy do pokarmów surowych, a najważniejsze pokarmy ludowe jak: kartofle i zboże w stanie surowym nie dadzą się strawić. Surowa więc żywność, jako pokarm ludowy, nie tylko ze względu na swoją niewystarczalność ciepłostkową, ale głównie ze względów higjenicznych nie da się zastosować. Pokarm taki byłby źródłem zaraz. Nie da się zaprzeczyć, że pokarmy surowe mają swoje znaczenie dodatnie w dietetyce, lecz dzisiejsza nauka o odżywianiu w dość dużym stopniu uwzględnia wartość surowców roślinnych i dlatego opiera się na kuchni mieszanej, dodając do kuchni normalnej owoce i jarzyny w stanie surowym. (Sałaty, pomidory, rzodkiew).

W dyskusji S t r a s s b u r g e r wypowiedział się przeciw żywieniu się jedynie dietą surową. B o a s jest za zwykłą kuchnią z przewagą diety mlecznoroślinnej (mleko, masło, ser, jaja). W krajach tropikalnych surowe potrawy roślinne mają pewne znaczenie lecznicze.

W ostatnim dniu rozpraw tematem głównym była *sprawa błędów w zakresie rozpoznawania i leczenia cierpień przewodu pokarmowego.*

Temat ten już sam przez się, jakoteż ze względu na 2-ch głównych referentów, którzy dnia tego mieli przemawiać, wywołał ogólne zainteresowanie.

B e r g m a n n (Berlin) potrafił przez cały czas przemówienia trzymać słuchaczy w największem napięciu. Był to ro-

dzaj mowy programowej jego kliniki, z którą w Niemczech coraz bardziej się liczą. Podał główne wytyczne swej szkoły. Mówił więc, jak ważną rzeczą jest dokładnie przeprowadzony wywiad u chorego. Często nietypowe i drobne skargi chorego, których przyczyny nie możemy sobie wytłómaczyć, lekceważymy i z pewnem zakłopotaniem, albo też z ulgą kładziemy na karb nerwic — nazywa on to *„Verlegenheitsdiagnosen"*. Neurosa nie powinna być rozpoznaniem *„per exclusionem"*. Mówca ostrzega o zbyt pochopnem rozpoznawaniu chorób, jak np.: rozszerzenie i nieżyt żołądka, gorączka gastryczna, opadnięcie trzew, zwiotczenie, skurcze, zrosty, bóle z powodu zrostów, fermentacja, migrena brzuszna, przepuklina nadbrzuszna, przewlekłe zatrucie nikotyną, bo bardzo często pod osłoną takiego rozpoznania kryją się jakieś organiczne cierpienia. Nazywa on je *„Cavete-Diagnosen"*. Znajdziemy tam często wrzód żołądka lub dwunastnicy, nieżyt żołądka na tle zaniku w wydzielaniu soku żołądkowego, ukryte formy cierpienia pęcherzyka żółciowego, które o wiele częściej występują, niż jej formy klasyczne. Należy zwracać uwagę na rozlane cierpienia wątroby i trzustki. Śluzówka, która raz przeszła stan zapalny, ma zawsze skłonność do nawrotów i to w formie podostrej. Należy pamiętać, że nie tylko cierpienia organiczne wywołują zmiany czynnościowe, ale bardzo często jest też i naodwrót. Tylko dokładny wywiad i badanie szczegółowe chroni nas od błędów rozpoznawczych, a często zwalnia chorego od zbytecznych i złożonych metod badania. Mówca zwraca uwagę, że zbyt wiele przypisujemy wagi t. zw. białemu mięsu, żywieniu zgłębnikiem dwunastniczym we wrzodzie żołądka, płynnej diecie i błędnemu mniemaniu, że mleko jest najlepszym pokarmem. Twierdzi on, że w chorobach żołądka morfina często bywa przeciwwskazana, ponieważ wywołuje skurcz ściany tego narządu. Terapja białkowa *(Reiztherapie)* jest nieobliczalna w skutkach. Wiemy, że drażni tkankę. Nie mamy jednak nigdy pewności, czy choremu wyjdzie to na dobre, czy na złe. Jedno dobre przekrwienie skóry, albo kataplazm więcej pomoże, niż 100 elektryzacji, a kieliszek Malagi albo Madeiry lepsze daje wyniki, niż kilka butelek mikstury. Mówca nie zapomniał i o chirurgach. Leczenie wewnętrzne daje nieraz lepsze wyniki, niż gastroenterostomja. Trzeba pamię-

tać o tem, że u chorego Psyche i Soma stanowią jedną całość.

Kuttner (Berlin) omawia ten sam temat. Nerwice przewodu pokarmowego, tak bardzo w ostatnich latach omawiane, a specjalnie nerwicę żołądka uważa on za częściowy objaw ogólnej neuropatji i ostrzega, aby nie czyniono rozpoznania, które nie uwzględnia często ukrytych zmian organicznych. Ośrodkiem referatu była patologja żołądka. Mówca mówił o wczesnem rozpoznawaniu nowotworów żołądka z uwzględnieniem badań klinicznych rentgenologji. W schorzeniach organicznych i czynnościowych kiszek ważne jest badanie zawartości dwunastnicy. Bakterjologiczne badanie wykazuje nam często związek przyczynowy schorzeń żołądka z cierpieniami wątroby i trzustki. Często zapalenie dwunastnicy jest zaczątkiem schorzenia, a stąd sprawa przenosi się ku górze, albo ku dołowi. W schorzeniach wątroby i pęcherzyka żółciowego często trzustka bywa zaatakowana. Przeciwny jest rozpowszechnionym obecnie wstrzykiwaniom dożylnym celem wypędzenia kamieni, jakoteż i cholecystografji.

Ze stanowiska chirurgicznego ten sam temat omawiał Haberer (Düsseldorf). Osobiste jego doświadczenia opierają się na więcej niż 2.000 resekcyj żołądka. Rozpoznanie i określenie podczas operacji, czy mamy do czynienia z wrzodem, czyteż z nowotworem — jest często bardzo trudne. W 5% z operowanych przypadków rozpoznanie było błędne, w 4-ch przypadkach mówca widział obok wrzodu powstający nowotwór. Zrosty mają podrzędne znaczenie i z tych powodów nie należy operować. Ukrywa się za niem jakieś inne schorzenie: *Ulcus pept. jejuni,* dotychczas ukryte zapalenie woreczka żółciowego, *pankreatitis.* Podczas każdej operacji należy skontrolować dwunastnicę i woreczek. Mówca twierdzi, że zbyt często opieramy się na rozpoznaniu rentgenologicznem i przeceniamy jego wartość. Miarodajne są wyniki dodatnie, natomiast ujemne o niczem nie świadczą. Nie powinny one lekarza i chorego w błąd wprowadzać. W rozpoznawaniu nowotworów za pomocą Roentgena daleko jeszcze do doskonałości.

Berg (Berlin), który w tej sprawie zabiera głos jako jako rentgenolog, twierdzi że powody do mylnych rozpoznawań często powstają wskutek niedostatecznego przygotowania

chorego (resztki pokarmowe, albo płyn w żołądku, niedostateczne opróżnienie przewodu pokarmowego.) Mówca pokazuje cały szereg ciekawych zdjęć, które otrzymał, posiłkując się minimalną masą kontrastową, a które dokładnie pokazują powierzchnię śluzówki.

W dyskusji ze względu na brak czasu przemawiał tylko Boas (Berlin), który również podkreślił wartość dokładnych wywiadów. Musimy daleko głębiej wniknąć w zdarzenia, poprzedzające dane schorzenie. Niektóre ważne metody badania, jak sztuka omacywania brzucha, są dziś w zaniedbaniu. W rozpoznawaniu nowotworów zwracać należy uwagę na wolny płyn w jamie i to w małej ilości; ma on decydować o złośliwości sprawy. Lekceważy się dzisiaj również poszukiwanie jaj pasożytów. Statystyka Lubarscha wykazuje, że pomimo daleko idących i skomplikowanych metod badania, mimo promieni Roentgena jeszcze zawsze istnieje 30% mylnych rozpoznań w schorzeniach jamy brzusznej. Liczba ta w porównaniu z okresem przedrentgenologicznym wcale nie jest lepsza.

W zakresie terapji mówca twierdzi, że często ulegamy złudzeniom. Charakterystyczną cechą schorzeń przewodu pokarmowego jest ich okresowość. Z powodu remisji tych cierpień znajduje się cały szereg entuzjastów, którym się wydaje, że pewnemi środkami leczą cierpienia, gdy tymczasem cierpienia te chwilowo przeszły w stan utajony. O racjonalnem leczeniu można będzie mówić wtedy, jeśli będziemy mieli prawdziwą naukę o lecznictwie, która dotychczas właściwie nie istnieje.

Na tem zamknął Hijmans v. den Bergh obrady, dziękując wszystkim obecnym za liczny udział i ogólne zainteresowanie. Zjazd następny odbędzie się w Berlinie pod przewodnictwem chirurga Haberera.

Wydaje mi się, że dla całości sprawozdania należy wspomnieć również o części nieoficjalnej Zjazdu.

Prezydjum Zjazdu, składające się z profesorów: Hijmansa van den Bergha, Pollack - Danielsa

i Snappera, pamiętało, aby gościom swoim uprzyjemnić pobyt w pięknej stolicy Holandji. Zorganizowano szereg wycieczek koncerty, objazd w autokarach po mieście, pokazując wszystko co jest godne widzenia i podziwu, a zwłaszcza jego nową dzielnicę koło stadjonu olimpijskiego — jedyną w swoim rodzaju w Europie, odpowiadającą najnowszym wymaganiom praktyczności, higjeny i estetyki. Magistrat amsterdamski obwoził nas w ciągu jednego popołudnia na swoim jachcie po rozległej zatoce Amsterdamu, racząc obficie, bez przerwy, (jakby przejęty tematem Zjazdu o głodzie i chudej strawie surowo-roślinnej) zakąskami, winem. Specjalnym pociągiem udaliśmy się do Hagi, skąd po zwiedzeniu miasta wyjechaliśmy do Kursalonu w Scheweningen na czekający tam na nas wystawny obiad. Przy dźwiękach orkiestry i musującem winie rozpogodziły się poważne oblicza wielkich powag medycznych, a zamiast suchych wykładów padały z ich ust słowa pełne humoru i dowcipu.

Nadmienię również o Komitecie Pań, składającym się z żon profesorów i lekarzy holenderskich, które w sposób nadzwyczaj gościnny zaopiekowały się swojemi koleżankami, oprowadzając je podczas godzin wykładowych po muzeach, domach sztuki i szlifierniach brylantów i dając im do dyspozycji szereg prywatnych samochodów.

Protokóły posiedzeń.

Pol. Tow. Gastrologiczne.

Dnia 18 stycznia 1928 r.

Liczba obecnych przekroczyła 40.

Pokazy: Dolkart przypomina, że na ostatniem posiedzeniu zeszłorocznem w grudniu pokazywał rentgenogram żołądka, wykazujący znaczne, 29-godzinne zaległości w żołądku wywołane skurczem odźwiernika na tle wrzodu. Po przeprowadzonej kilkotygodniowej kuracji rentgenogram wykazywał nor-

malne rozmiary żołądka. Z powodu, że na ostatniem posiedzeniu odzywały się głosy, kwestjonujące te klisze, D o l k a r t pokazuje zdjęcie ponowne, identyczne z drugiem zdjęciem, wykonanem po skończonem leczeniu.

Dyskusja: S c h l a g e r zapytuje, czy zrobiono analizę zawartości żołądka, zwłaszcza zgłębnikowanie na czczo, któreby nam wskazało, czy mamy rzeczywiście do czynienia z zastoiną?

A d e l f a n g zwraca uwagę na różnicę, zachodzącą między pierwszym, a drugim i trzecim rentgenogramem żołądka. Na pierwszem zdjęciu odźwiernik zachodzi na 5 ctm. za prawy brzeg kręgosłupa, a na drugiem nie dochodzi do prawego brzegu kręgów. Trzeci rentgenogram przedstawia żołądek duży z zaleganiem rentgenologicznem 8-godzinnem. Wiemy z doświadczenia, że takie zaleganie może trwać nie 8, ale 18 godzin i więcej. Są to żołądki, których czynność zostaje szybko sparaliżowana, jeżeli wolno tak się wyrazić. Podobny żołądek ma znacznie przyśpieszone ruchy perystaltyczne, robi wszelkie wysiłki, by się należycie i szybko opróżnić, ale łatwo się męczy, napięcie mija i występuje zaleganie kilkugodzinne lub nawet dłuższe. Są to zwężenia żołądka lub dwunastnicy.

C z a r k o w s k i zaznacza, że bardzo często chirurg po otwarciu jamy brzusznej nie znajduje żadnych zmian makroskopowych w obrębie odźwiernika i dwunastnicy, wykazywanych dokładnem badaniu promieniami R. Zalegania bizmutowe, stwierdzone rentgenologicznie, niezawsze dowodzą obecności owrzodzeń, mogą być wywołane zrostami, towarzyszącemi schorzeniu wyrostka robaczkowego, narządów kobiecych, pęcherza żółciowego i t. d.

II. M i n t z i L u b e l s k i: *Ulcus duodeni, coeco-colon ascendens mobile.*

(Pokaz chorej).

S. M i n t z. Panna Kl. P., obecnie w wieku lat 20, zgłosiła się do mnie po raz pierwszy w dniu 2-go maja 1924 roku. Od chorej dowiedziałem się wówczas, że dolegliwości żołądkowe trwają u niej już od 3-ch lat. Chora narzekała na silne bole w okolicy żołądka i na wymioty pokarmowe po każdem jedzeniu, nadto na silne bóle głowy. Stan niegorączkowy. Ze strony płuc

i serca nie wykryto nic nieprawidłowego. Pluskanie w okolicy żołądka przekracza linję pępkową poziomą. Na czczo tegoż dnia wydostałem zapomocą zgłębnika około 400 ctm. sz. płynnej zawartości o ostrym, cuchnącym zapachu, z bardzo wyraźnym odczynem na wolny kwas solny. Pod drobnowidzem całe pole widzenia usiane czworniakami, liczne ciałka krochmalowe, kulki tłuszczowe i komórki roślinne. Próba benzydynowa słabo dodatnia. Badanie kału na utajone krwawienie daje wynik ujemny. Nazajutrz wydobyto z żołądka również około 400 ctm. sz. zawartości, 3-go zaś dnia 160 ctm. sz., pomimo, że chora pozostawała na diecie płynnej i że jej codzień przemywano żołądek po aspiracji. Po 3-ch dniach obserwacji skierowałem chorą do kol. Kryńskich z prośbą o prześwietlenie żołądka i dwunastnicy. Wyniki badania rentgenologicznego przedstawiają się, jak następuje: krzywizna duża 6 pp. poniżej pępka. Część odźwiernikowa przesunięta znacznie w prawo. Przejście do dwunastnicy odbywa się bardzo wąskiem pasmem, w pozycji leżącej ruchomość części odźwiernikowej bardzo ograniczona. Po 4-ch godzinach 2/3 pokarmu kontrastowego w żołądku, po 9 g. — 1/3. Rozpoznanie rentgenologiczne brzmiało: *Stenosis ad pylorum ex ulcere. Adhaesiones perigastricae.*

Chora wyjechała do domu. Powtórnie przybyła do Warszawy po 2 latach. Skargi te same, co poprzednio, stan ogólny o wiele gorszy. Badanie żołądka na czczo wykazuje około 200 ctm. sz. płynnej zawartości o tym samym charakterze, jak przed 2 laty, z tą jednak różnicą, że płyn zawiera mikroskopowo dużo krwi. Wobec danych z wywiadu, wyników badania wewnętrznego oraz prześwietlenia żołądka, uważałem zabieg chirurgiczny za bezwzględnie wskazany. Chora wstąpiła na oddział kol. S., gdzie na swoją kolejkę czekała kilka tygodni. Podobno badanie zapomocą zgłębnika, dokonane już w szpitalu, nie wykryło u chorej zastoju w żołądku. Na stole chirurg, nie stwierdziwszy cech schorzenia żołądka, poprzestał na laparatomji próbnej. Chora zgłosiła się do mnie znowu po roku. Po wypisaniu się ze szpitala stale cierpiała na bóle żołądkowe, przeważnie w godzinę po jedzeniu, na silną zgagę i częste wymioty pokarmowe. Miejscowi lekarze w Słonimie, skąd chora pochodzi, często jej przemywali żołądek w celu zwalczania uporczywych wymiotów.

Od tygodnia wymioty ustały, ale pożywienie składa się wyłącznie z herbaty i mleka. Chora narzeka na bóle i na wzmożone ruchy robaczkowe w górnej połowie brzucha. Przekonawszy się i tym razem, że mamy do czynienia z zaleganiem pokarmów w żołądku, zakwalifikowałem ją powtórnie do operacji, którą wykonał kol. L u b e l s k i w Szpitalu na Czystem. Szczegółowy opis techniki operacyjnej pozostawiam chirurgowi. Wspomnę tylko, że na stole operacyjnym stwierdzono stwardnienie bliznowate w zstępującej części dwunastnicy i że wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe sposobem H a c k e r a. Chorą widziałem 25-go dnia po operacji. Czuła się dobrze, na dolegliwości żołądkowe nie narzekała. Na czczo aspirowałem 15 ctm. sz. płynu. A — 58, L. — 40. Pod drobnowidzem jądra wypocinowe i nabłonek płaski. W otrzymanym liście z dnia 5.XI.27 r., t. j. w 4 miesiące po operacji, chora pisze, iż czuje się dobrze i że na wadze przybyło 7 kilo. Obecnie chora podaje, że na żadne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego nie narzeka.

Chciałbym podkreślić kilka szczegółów, tyczących się tego przypadku. Po pierwsze, młody wiek chorej, dotkniętej owrzodzeniem dwunastnicy. Chora od 13-go roku życia cierpiała na bóle żołądkowe i na wymioty, a już w 1924 roku u naszej 16-letniej chorej stwierdziłem rozszerzenia zastoinowe żołądka, jako następstwo wrzodu. U chorych w tym wieku często błędnie się rozpoznaje zamiast owrzodzenia cierpienie na tle nerwowem. W samej rzeczy, cierpienie na pierwszy rzut oka przypomina t. zw. wymioty nerwowe, bardzo rozpowszechnione w wieku szkolnym. Szczegółowy wywiad naprowadza jednak na myśl o organicznem cierpieniu. Wymioty nie występują przeważnie po płynach i nie wyłącznie zaraz po jedzeniu, tam zaś, gdzie istnieje podejrzenie cierpienia organicznego, dokładne badanie czynnościowe żołądka jest konieczne. Druga uwaga dotyczy szczegółów badania czynnościowego żołądka. Otóż twierdzę, że dla klinicznego rozpoznania rozszerzenia żołądka, badanie na czczo jest o wiele ważniejsze, niż badanie po śniadaniu próbnem. Badanie zapomocą zgłębnika musi jednak być bardzo dokładne. O ile po wprowadzeniu zgłębnika nie wydostaje się nic z żołądka zapomocą aspiracji, należy jeszcze powtórnie aspirować po poprzedniem wlaniu do żołądka kilkudziesięciu ctm. sz.

wody przekroplonej. Tylko w ten sposób przekonywamy się, że żołądek istotnie był pusty.

M. L u b e l s k i. Operację wykonałem w uśpieniu eterowem cięciem po linji środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka z usunięciem szerokiej blizny skórnej, pozostałej po pierwszym zabiegu. Oglądając brzuch, stwierdziłem: 1) zrost sieci i żołądka z przednią ścianą brzucha, 2) zrost pęcherzyka żółciowego i wątroby z przednią ścianą żołądka, 3) wrzód modzelowaty na tylnowewnętrznej ścianie dwunastnicy zstępującej, który zwężał dwunastnicę. Wobec stwierdzonego dalej schorzenia okrężnicy zmuszony byłem przedłużyć cięcie brzucha ku dołowi, do spojenia łonowego i wówczas dodatkowo skonstatowałem: 4) ruchomą kątnicę i wstępnicę, 5) opadnięcie zagięcia wątrobowego poprzecznicy, 6) kamień kałowy wielkości grochu w wyrostku robaczkowym. Wolna krezka kątnicy i wstępnicy była takiej długości, że kątnicę razem z wstępnicą łatwo było można przerzucić do lewej połowy jamy brzucha. Wykonałem: a) oddzielenie zrostów sieci i żołądka od przedniej ściany brzucha, b) oddzielenie pęcherzyka i wątroby od żołądka, c) zespolenie żołądkowojelitowe tylne z krótką pętlicą, d) usunięcie wyrostka robaczkowego, e) unieruchomienie kątnicy i wstępnicy metodą, która przedstawia się, jak następuje: nacięcie fałdy otrzewnej u przejścia jej ze ściany bocznej brzucha na kątnicę i wstępnicę, utworzenie w tem miejscu na tępo niszy, umieszczenie w niej kątnicy i całej wstępnicy, i przyszycie do ich przedniej ściany naciętej otrzewnej od talerza biodrowego do brzegu. Brzuch zaszyłem na głucho. Przebieg operacyjny — bez powikłań. Na 4-ty dzień stolec po lawatywie. Na siódmy dzień zdjęto klamerki M i c h e l a, na 9-ty dzień zdjęto szwy. Później — wypróżnienie codzienne, samoistne. Bólów chora nie ma. Wypisała się ze szpitala w bardzo dobrem samopoczuciu.

O r z e c h podaje do wiadomości, że podczas pierwszej operacji chirurg nie znalazł poważniejszych zmian żołądka i dlatego nie wykonał zespolenia. Przypuszczał, że o ile jest wrzód, to ma się do czynienia z t. zw. *ulcus simplex*, owrzodzeniem powierzchownem, które nie usprawiedliwia potrzeby wykonania zespolenia lub nawet wycięcia żołądka.

K r y ń s k i wysuwa wniosek na podstawie przypadku,

przedstawionego przez Mintza i Iubelskiego, że chirurgja winna mieć więcej zaufania do badania rentgenologicznego, sumiennie przeprowadzonego. Dodatni wynik badania klinicznego i rentgenologicznego powinien być dostateczną wskazówką dla chirurga, by nawet tam ,gdzie na stole operacyjnym dokładnie wrzodu stwierdzić nie można, zabieg wykonać. Owrzodzenie tylnej ściany dwunastnicy wywołuje nieraz w obrazie rentgenologicznym zmiany w odźwierniku.

W dyskusji zabierali jeszcze głos: Niewiadomski, Rubinrot i Lubelski.

Mintz w odpowiedzi zaznacza, że wbrew zdaniu wiedeńskiego klinicysty, na zasadzie własnego doświadczenia twierdzi, że dla żołądka badanie na czczo odgrywa ważniejszą rolę, niż badanie po śniadaniu próbnem. Większa lub mniejsza ilość kwasu solnego nie ma decydującego znaczenia dla rozpoznania wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

III. Robin. — przedstawił 3-ch chorych.

1) przypadek *perityphlitidis chr., w którym dokonano zespolenia żołądka z powodu rzekomego owrzodzenia żołądka.*

Chory A. L., lat 55, zgłosił się w roku 1920 z powodu skłonności do rozwolnień. Objektywnie: opór w okolicy wyrostka robaczkowego. Śniadanie próbne nic nienormalnego nie wykazało. Badaniem rentgenowskiem na zasadzie rozszerzenia wymiarów żołądka, wzmożonej czynności ruchowej i zalegania 1/4 części bizmutu po 6 godzinach rozpoznaje się *Ulcus ventr. simplex.*

A więc klinicznie: *colitis*, ew. *colo-typhlitis lub perityphlitis*, rentgenologicznie — *ulcus ventr.*

Chorego widziałem po raz drugi dopiero po upływie $1^1/_2$ roku, w 2 miesiące po dokonanem zespoleniu żołądka tylnem z wyłączeniem odźwiernika. Skarży się dalej na bóle w okolicy kątnicy. Po 3-ch miesiącach stwierdziłem u chorego prężenie się podczas bólów okolicy prawego dołu biodrowego. Roentgen stwierdza kanał zespoleniowy drożny i *coecum mobile.* Klinicznie nasuwa się myśl o zrostach okołokątniczych.

W 7 miesięcy po operacji badanie rentgenologiczne zaznacza: *typhlitis et perityphl. adhaesiva.*

W $1^1/_2$ roku (17.6.24) po operacji chory zaczął uskarżać

się na bóle w dołku po jedzeniu. Na czczo żołądek pusty, po śniadaniu próbnem L = 15, A = 37, krwi niema.

W r. 1925 (12.6.25) bóle w dołku trwają. Roentgen: sprawność kanału zespoleniowego upośledzona, zaleganie 6-godzinne — pozatem *perityphlitis adhaesiva.*

W r. 1926 (31.5.26) bóle w dołku trwają. Podejrzenie *ulceris peptici jejuni.* Kuracja mleczna bez skutku, bóle występują nawet na czczo. Po śniadaniu próbnem L = 3, A = 23, krwi niema. Zastoju niema.

W r. 1927 (27.6.27) w moczu 0,4% cukru, bólów w dołku niema.

W r. 1928 (11.I.28) stałe bóle w dołku. Po śniadaniu próbnem po 30 min. pozostało już tylko 20 ctm. sz. zawartości żołądka zasadowej, z żółcią, bez krwi. Roentgen: plamy w dwunastnicy stałe i bolesne. Podejrzenie *ulceris duodeni.* Pod wpływem leczenia bizmutem, nowoprotyną i diety mlecznej bóle ustępują.

Zbieg spraw kątniczych i owrzodzeń żołądka lub dwunastnicy jest dość częsty i znaczny. Jeszcze częściej napotykamy objawy ze strony wyrostka robaczkowego, maskujące owrzodzenie żołądka, i przeciwnie.

W danym przypadku klinicznie występowały objawy kątnicze, badanie rentgenologiczne nasunęło podejrzenie owrzodzenia żołądka, skutkiem czego dokonane zostało zespolenie.

Po upływie dopiero 1½ roku od operacji chory zaczął doznawać bólów w żołądku, które prawdopodobnie pojawiły się wskutek następczego owrzodzenia dwunastnicy.

2. *Przypadek nawrotu zastoju w żołądku w rok po operacji zespolenia.*

P. J. A., lat 48, cierpiał czas dłuższy na typowe objawy owrzodzenia żołądka z częstemi nawrotami. Stan ogólny dobry. Chory zdecydował się poddać operacji, aby uniknąć nawrotów. Przed operacją skierowałem chorego do kol. C y t r o n b e r g a celem dokonania próby białkowej. Próba ta nasunęła podejrzenie obecności nowotworu w żołądku. Podczas operacji istotnie stwierdzono obecność dużego nowotworu, o którego usunięciu

nie mogło być mowy. Dokonano zatem tylko zespolenia (A. Zawadzki). Chory czuł się doskonale pod względem objawów żołądka i ogólnego stanu prawie cały rok, pracował i uważał się za zdrowego. Dopiero od paru tygodni zaczęły występować w żołądku objawy zastoju (obfite wymioty, znaczne zaległości na czczo). Wyczuwa się rozrost nowotworu.

3) *Przypadek rozszerzenia samoistnego przełyku na tle skurczu wpustu.*

Chora A. P., lat 37, od roku z trudnością połykała pokarmy, również płynne. Musi popijać wodą lub herbatą. Często zwraca częściowo niedawno przyjęty pokarm. Często łatwo przechodzą pokarmy stałe (chleb ze śledziem). Głośna czkawka, napady „łapania powietrza". Chora chudnie. Zgłębnik twardy łatwo przechodzi do żołądka po pewnym oporze ze strony wpustu. Badanie zawartości *przełykowej:* zupełnie niestrawiona bułka, dużo śluzu, L = O, A = 13, krwi niema. W przełyku gromadzi się spora ilość zawartości pokarmowej. Badanie promieniami Roentgena wykazuje bezspornie duże rozszerzenie przełyku prawie na całej jego długości i skurczowe objawy wpustu. Żołądek jest bez zmian.

IV. Cytronberg. *O wynikach leczenia przewlekłego wrzodu trawiennego za pomocą metody złożonej z naświetlań promieniami Roentgena, płókań żołądka, alkalizacji, atropinizacji i t. d.*

(Pokaz chorych). (Drukowany w Czasopiśmie lekarskiem Nr. 1, Nr. 2, 1928).

Cytronberg stosował tę kombinowaną metodę u szeregu chorych, którzy byli leczeni dotychczas bezskutecznie różnemi sposobami.

U znacznej większości chorych osiągnął autor wyraźną poprawę podmiotową i przedmiotową.

Przeciwwskazanie stanowią większe krwawienia i niebezpieczeństwo perforacji.

V. Adelfang wygłosił odczyt: *O leczeniu żołądka promieniami X.* (drukowany w Czasopiśmie lekarskiem 1928).

Dnia 22 lutego 1928 r.

I. Orzech przedstawia dalsze koleje losu chorego, którego demonstrował na jesieni roku ubiegłego z rozpoznaniem *wrzodu żołądka*. Obecnie stwierdza się płyn w wolnej jamie brzusznej i przerzuty w jamie Douglasa. Pogorszenie ogólnego stanu zdrowia i miejscowe objawy wskazują na nowotwór złośliwy. Ciekawe jednak, że obecnie, również jak i dawniej, badanie rentgenologiczne ubytków żadnych nie wskazuje, tylko uchyłek typowy dla owrzodzenia.

Grundzach jest zdania, że należy w każdym przypadku badać promieniami R. także w położeniu Trendelenburga, co może sprawę niejednokrotnie wyjaśnić. Objawy zwrotne we wpuście mogą występować w przypadku raka małej krzywizny, jak i owrzodzenia.

Pomper. W danym przypadku należało zastosować wdmuchiwanie powietrza do żołądka przez zgłębnik. Kontury żołądka zarysowałyby się wyraźnie i wyłączyły obecność nowotworu pozażołądkowego.

W dyskusji przemawiali jeszcze: Adelfang, Rubinrot, Mesz i Orzech.

II. Justman pokazuje chorego, u którego stwierdza się *guz* wielkości małej głowy w dolnej, prawej części brzucha, mało ruchomy. Pochodzenie nowotworu i punkt wyjścia trudno ustalić. Badanie rentgenologiczne przemawia za guzem pozajelitowym; próbna laporatomia rozstrzygnie.

Rubinrot: guz prawdopodobnie pochodzi z gruczołów krezki. Pyelografja w stosunku do guza musi być połączona z radiopalpacją dla określenia stosunku nerki do guza. W dalszej dyskusji zabierali głos: Mesz, Kryński.

III. Rubinrot. *w sprawie odczytów Cytronberga i Adelfanga* na posiedzeniu styczniowem.

Działanie lecznicze promieni X. we wrzodzie żołądka, jakkolwiek niedokładnie zbadane, polega na szeregu czynników, podobnych do działania środków farmaceutycznych lub operacji. Mamy tu więc działanie bezpośrednie na gruczoły wydzielające śluzówki, które, jak i wszystkie gruczoły, są bardzo wrażliwe na promienie rentgenowskie. Dalej występuje działanie na

naczynia w postaci przekrwienia, na zakończenie nerwowe i wreszcie — dostawanie się do krwiobiegu rozpadowych, naświetlanych ciałek białych krwi.. Pomimo powyższych wyników metoda ta nie jest popularna wśród lekarzy - internistów. Należałoby przynajmniej u chorych, zakwalifikowanych do zabiegu chirurgicznego, spróbować przedtem rentgenoterapji.

Rubinrot żałuje, że kol. Cytronberg nie wspomniał w podanem przez niego piśmiennictwie o pracach Rubinrota.

Pomijanie literatury ojczystej jest krzywdą dla autorów.

Grundzach: w braku osobistego doświadczenia podaje wynik badań Leuka z Wiednia na setkach chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy. Metodę tę należy stosować w braku poważniejszych wskazań operacyjnych, jak podejrzenia nowotworu lub objawów przedziurawienia żołądka, obecności objawów zapalenia jamy brzusznej i zwężeń organicznych. Nie traci się czasu, gdyż, poprawa występuje w ciągu 2 — 3 tygodni. 75% poprawy. Bóle ustępują po 8-iu — 10-ciu dniach, kwaśność się zmniejsza, krwawienia ustępują już po 2 naświetlaniach. Zaparcie kurczowe ustępuje czasem na stałe. Uchyłki zmniejszają się równolegle z bólami. Dobrze działają naświetlania również po operacji. Często kliniczne objawy *„circuli vitiosi"* po zespoleniu ustępują po kilkakrotnem naświetleniu. Choremu oszczędza się ponownego otwarcia jamy brzucha.

Grundzach wyraża obawę, że w naszych stosunkach socjalnych niezawsze łatwoby można przeprowadzać leczenie metodą złożoną, podaną przez Cytronberga. Chorych takich należy lata całe spostrzegać, by wyciągać pewne wnioski o jej dobroczynnych skutkach.

Dnia 21 marca 1928 r.

Liczba obecnych około 30.

Pokazy.

I. E. Witkowski. Pokaz chorego, który był operowany z powodu *kłutej rany brzucha.* Po otwarciu jamy brzucha i usunięciu licznych skrzepów krwi stwierdzono dwie dziury w żo-

łądku, jedną na przedniej, drugą na tylnej ścianie. Obydwie zaszyto szwem 2-piętrowym. Podczas dalszej rewizji znaleziono ranę wątroby na przedniej powierzchni. Nałożono szew. Przebieg pooperacyjny gładki. Obecnie zdrów opuścił szpital. (II Oddz. Chir. Szpitala Przemienienia Pańskiego).

D y s k u s j a.

J u s t m a n zapytuje, czy żołądek był pusty?

N i e w i a d o m s k i podaje, że kilka tygodni przedtem operował chorą z podobnem uszkodzeniem żołądka i kiszek; rana postrzałowa. Wykonał szew żołądka i wątroby. Po tygodniu chora zmarła z powodu zapalenia płuc. Ze strony jamy brzusznej żadnych powikłań nie było.

W i t k o w s k i podaje, że podczas operacji po nacięciu ściany brzucha znaleziono resztki pokarmów niestrawione w znacznej ilości. Mimo to nie doszło do zapalenia ostrzewnej.

II. J u s t m a n wygłasza odczyt o *pograniczu internistyczno-chirurgicznem w gastrologji.* (druk. w Czasop. lek. 1928).

III. R o b i n: *O uproszczonem śniadaniu próbnem.* (Praca drukowana w Nr. 1. Gastrologji Polskiej).

G r u n d z a c h: W „Archives des maladies de l'App. Digest. et des maladies de la Nutrition" (zeszyt z grudnia 1927) znajdujemy bardzo interesującą pracę R a z u m o w a i L e w i n o w e j z Petersburga, bardzo wyczerpująco traktującą sprawę wydzielania soku żołądka pod wpływem różnorodnych bodźców. W pracy laboratoryjno - klinicznej, bardzo starannie i sumiennie wykonanej, między wnioskami, do jakich autorzy dochodzą, są następujące: Nie wystarcza stwierdzenie nadmiernego wydzielania, trzeba się przekonać, czy zachowana została zdolność wydzielnicza wybiorcza, czyli przystosowanie do gatunku bodźca. W przypadkach nadmiernego wydzielania, stracona jest zdolność przystosowania się do różnych bodźców, niema specjalnej wrażliwości na mleko, ale jest ona znaczna tam, gdzie zdolność owa jest zachowana. W przypadkach tych oparta jest ta wrażliwość nie tylko na niekorzystnym stosunku tłuszczu do białka, ale na innych własnościach mleka (ciała wagotropowe, tłomaczące specjalną wrażliwość na mleko u wagotoników z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego). Z badań tych wynika konieczność w pewnych przypadkach nadsoczności

usuwania mleka z diety, jako szkodliwego. O próbnych śniadaniach Grundzach pisze między 1885 — 1890 r. Pracując u ś. p. Reichmana przeprowadził badania zapomocą bułki, proszku mięsnego i wody (Gaz. Lek. 1893).

Grundzach zapytuje, czy Róbin widział strzępki sernika i czy one nie zatykały otworu cienkiego zgłąbnika.

Wassertal: 5% i 10% rozczyny alkoholu, wprowadzone do żołądka na czczo, wywołują podrażnienie oraz ukazywanie się krwinek. Należy zatem być ostrożnym w ocenie ewentualnej próby Webera i podobnych.

Dolkart: Próbne śniadanie, podane przez Róbina, nie daje możności odróżnienia śluzu żołądkowego od śluzu przypadkowego, tak jak nam daje próba Boasa - Ewalda.

IV. Orzech wygłasza odczyt: *O leczeniu przetoki dwunastniczej sposobem Einhorna.*

Sekretarz: *F. Niewiadomski.*

Notatki lecznicze.

Coagulen Fonio-Kochera do tamowania krwotoków przewodu pokarmowego.

podał Ludwik Justman (Warszawa).

Jednym z najbardziej groźnych objawów, z jakiemi stykają się gastrolodzy w swej działalności praktycznej, jest krwotok w postaci krwawych wymiotów lub stolców. Rozporządzamy wieloma środkami do ich zatamowania, począwszy od unieruchomienia chorego i wstrzyknięcia morfiny, aż do wstrzyknięć surowicy, żelatyny lub stężonych rozczynów soli kuchennej, podanych dożylnie. Niestety, niekiedy wszystkie te środki zawodzą lub działanie ich jest zbyt powolne. Dlategoteż zasługuje na szczególną uwagę środek, istniejący od lat kilkunastu: *Coagulen Fonio-Kochera.* Jest to wyciąg z płytek krwi. Nie będę tu zatrzymywał się nad teorją jego działania, która opiera się na teorjach o krzepnięciu krwi, a to jest dziedzina bardzo ciemna jeszcze i zawiła. Dobre wyniki, jakie osiągnąłem w praktyce stosując Coagulen, są znacznie bardziej przekonywujące, niż najbardziej uzasadnione rozważania teoretyczne. Z licznych moich spostrzeżeń pragnę przytoczyć tu kilka przypadków:

7. Mężczyzna, lat 60, *carcinoma oesophagi exulcerans.* Najprawdopodobniej istnieje przetoka przełykowo-tchawicza. Po przyjęciu pokarmów płynnych występują natychmiast kaszel i wymioty, bądź czysto-krwawe, bądź z znaczną domieszką krwi. Prawie wszystkie tu zastosowane odpowiednie środki nie dają żadnych wyników. Po wstrzyknięciu domięśniowem 20 ctm. sz. koagulenu krew znika, kaszel zmniejsza się. Po kilku dniach zjawia się ponownie krew. Zastosowałem codzienne wstrzyknięcia koagulenu po 1,5 ctm. sz. z dobrym wynikiem. Po pewnym czasie przeszedłem do podawania koagulenu przez usta (10,0 : 200, rozczynu fizjologicznego soli — od 5 — 2 łyżek dziennie). Krwotoki aż do śmierci chorego (po 4-ch tygodniach) nie występowały więcej.

2. Mężczyzna, lat 64, *carcinoma recti exulcerans.* Krwawienie z odbytnicy, nie dające się zupełnie opanować. Dwukrotnie zastosowałem wstrzyknięcia po 20 ctm. sz. koagulenu, gdyż po pierwszem wstrzyknięciu otrzymałem tylko wyraźne zmniejszenie ilości krwi w wypróżnieniach. Następnie podawałem małe lawatywki: Coaguleni 10,0, Natrii chlorati 1,5, Trae Opii simpl. 3,0 Mucilag. Gummi Arab. ad 200,0. 2 razy dziennie po łyżce stołowej na lawatywkę. Krwotoki ustąpiły całkowicie.

3. Mężczyzna, lat 25, *ulcus ventriculi.* Wymioty krwawe, po 4 dniach ponowne krwawe wymioty. Chory był tak wykrwiony, że rozważać zaczęto, czy nie zastosować przetoczenia krwi. Jednorazowe wstrzyknięcie 20 ctm. sz. koagulenu zupełnie zatamowało krwawienie.

4. Mężczyzna, lat 50,*ulcus pepticum jejuni.* Czarne stolce od 4-ch tygodni mimo bardzo energicznego i celowego leczenia. Po jednorazowem wstrzyknięciu koagulenu (20 ctm. sz.) krew w kale znikła.

Żadnego pobocznego i ujemnego działania koagulenu w mojej praktyce nie stwierdziłem, nie znalazłem również takich samych uwag w dostępnej mi literaturze. Z tych względów uważam koagulen za środek celowy i nieszkodliwy, dający pomyślne wyniki w bardzo szybkim czasie po zastosowaniu.

Wiadomości różne.

Staraniem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, a pod redakcją doktorów T. Borzęckiego, W. Szumlańskiego i Z. Goreckiego wyszedł z druku *Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego* za lata 1917 — 1921. Gruby tom, liczący około 600 stron druku, wydany jest nader starannie i obejmuje zgórą 1600 streszczeń prac ze wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej. Zewszechmiar pożyteczna, a nawet niezbędna ta książka winna znaleźć się w bibliotece każdego lekarza.

Autorowie prac oryginalnych, nadsyłanych do Gastrologji Polskiej, proszeni są o załączanie krótkich streszczeń w języku francuskim, angielskim, niemieckim lub włoskim według uznania autora. Niezależnie od tego staraniem Redakcji umieszczone będą streszczenia wszystkich prac w języku esperanto.

Komitet Redakcyjny na Polskę, wychodzącego w Paryżu międzynarodowego pisma *„Index analyticus cancerologiae"* prosi wszystkich autorów, którzy w roku 1928 ogłosili w języku polskim prace, dotyczące nowotworów, o nadesłanie odbitek lub streszczeń (jeżeli można w języku francuskim) pod adresem: Doc S. Sterling-Okuniewski, Marszałkowska 41, lub Dr. Med. B. Wejnert, Marszałkowska 73.

Redakcja otrzymała: Dr. Aleksander Kapłan: 1) Insulina a schorzenia wątroby. 2) O rozpoznawaniu schorzeń pęcherzyka żółciowego oraz diagnostyce czynnościowej wątroby. 3) Przyczynki do oceny metody badania żołądka zapomocą próbnego śniadania alkoholowego.

W n-rze 1 Gastrologji Polskiej należy sprostować następujące błędy drukarskie: Str. 24, wiersz 28, powinno być Bauhi-

na (zamiast Bauhiniego), Str. 44, wiersz 30, powinno być kiszkowym (zamiast kiszkowatym), str. 55, wiersz 20, powinno być odźwiernika (nie przełyku, jak mylnie wydrukowano). Ponadto w spisie Komitetu Redakcyjnego na okładce wydrukowano z błędami nazwiska Dra J. Czarkowskiego i Prof. Radlińskiego oraz opuszczono nazwiska Doktorów: I. Grundzacha, Docenta Grudzińskiego i S. Cytronberga.

Redakcja otrzymała od Polskiego Powszechnego Tow. Farmaceutycznego, z prośbą o umieszczenie, odezwę treści następującej:

Państwo Polskie przechodzi ciężki okres ekonomiczny z powodu ujemnego bilansu handlowego, spowodowanego w dużej mierze nadmiernym importem artykułów zagranicznych. Ograniczenie tego importu jest nakazem zdrowej myśli obywatelskiej.

W dziale przywozowym artykułów farmaceutycznych wielką rolę odgrywają specyfiki zagraniczne, których ilość z roku na rok powiększa się, co również ujemnie wpływa na bilans handlowy.

Władze państwowe, chcąc należycie unormować obrót specyfikami często zbędnymi — opierającymi zazwyczaj swe istnienie na pomysłowej, nieraz hałaśliwej reklamie — rejestrują tylko specyfiki, które przedstawiają pewną wartość dla lecznictwa i stanowią postęp w terapji. Tą drogą powstał rejestr specyfików dozwolonych do obrotu, ogłaszany co pewien czas w „Monitorze".

W wyniku tych postanowień sprzedaż specyfików farmaceutycznych niepomieszczonych w wykazie urzędowym jest nielegalna, pociągająca do odpowiedzialności prawnej sprzedających. Przywóz niedozwolonych specyfików zagranicznych pociąga za sobą pozatem represje ze strony władz celnych.

W tym stanie rzeczy uregulowanie handlu specyfikami zagranicznemi niedozwolonemi jest sprawą pilną. W dużej mierze zależne jest to od stanowiska P.P. Lekarzy, którzy przez nieprzepisywanie chorym specyfików za-

granicznych niedozwolonych, zastępowanie ich formami receptowemi lub specyfikami krajowemi, mają możność zasadniczo wpłynąć na rozwiązanie tej oddawna palącej sprawy.

Dla wygody P.P. Lekarzy i Aptekarzy, wykaz specyfików farmaceutycznych, dozwolonych do obrotu w Polsce, ogłaszany częściami w „Monitorze"' został wydany w całości przez „Wiadomości Farmaceutyczne" (Warszawa, Długa 16) w osobnej odbitce, ponadto pomieszczany jest rokrocznie w Kalendarzu Farmaceutycznym.

Pozatem wszystkie apteki będą chętnie informować P.P. Lekarzy, zgłaszających się telefonicznie z zapytaniem, czy dany specyfik posiada prawo obrotu w Państwie Polskiem.

Biorąc powyższe pod uwagę, Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne ma niepłonną nadzieję, że P.P. Lekarze poprą nasze i władz państwowych zabiegi w kierunku wytępienia nielegalnego handlu niezarejestrowanemi specyfikami farmaceutycznemi.

Polskie Powszechne
Towarzystwo Farmaceutyczne

W listopadzie 1928 r.

W Nr. 6 pisma lekarskiego „Internacia Medicina Revuo" wychodzącego w języku Esperanto w Lille pod redakcją Prof. Vanvertsa, wydrukowane zostały autoreferaty prac oryginalnych z „Gastrologji Polskiej" Nr. 1.

Zjazd Lekarzy-Esperantystów w Antwerpji.

We wrześniu r. b. odbył się w Antwerpji doroczny Zjazd członków Związku Wszechświatowego Lekarzy-Esperantystów (T E K A). Zebrało się w sali Tow. Lekarskiego (Cercle Médical) 60 lekarzy, należących do 13 narodowości. Przewodniczył obradom, które toczyły się wyłącznie w języku Esperanto, Prezes TEKA Dr. Blasberg z Krakowa, współzałożyciel

pisma. Na Prezesów Honorowych Wybrano: Prof. Gunzburga z Antwerpji, D-ra Bischitzky z Pragi, D-ra Buchanan z Londynu, D-ra Patai z Budapesztu i D-ra Torresy Carreras z Barcelony.

Depesze gratulacyjne nadeszły z wielu krajów: z Japonji i t. d.

Referaty naukowe wygłosili: Prof. Gunzburg (Antwerpja) o „Ośrodku przeciwgośćcowym w Szpitalu Brugmana w Brukseli", Dr. Torres y Carreras „O rozpoznaniu rentgenologicznem spraw rozpadowych w narządach oddechowych" i Dr. W. Róbin z Warszawy „O nowem uproszczonem śniadaniu próbnem" (Praca ukazała się w Nr. 1 „Gastrologji Polskiej"). W ożywionej dyskusji brali udział czesi, polacy, anglicy, niemcy, hiszpanie, belgijczycy, holendrzy, finlandczyk, francuzi, węgier, włoch, norwegczyk i szkot. Na Zjazd przybył specjalnie wydelegowany korespondent pisma hiszpańskiego „El Siglo Médico". Zjazd ten o jednym wspólnym dla wszystkich języku obrad, dowiódł jeszcze raz, że to jest jedyny sposób rozwiązania zawiłej sprawy językowej na kongresach.

W. R.

Od administracji.

Część nakładu niniejszego numeru, podobnie jak i przy Nr. 1, rozsyłamy Szanownym Kolegom jako numera okazowe. Nie wątpimy, że numer ten przysporzy nam niemniej abonentów, niż numer poprzedni. Prenumeratę za tom pierwszy (4 zeszyty) w kwocie zł. 6 wpłacać można na konto czekowe P. K. O. Nr. 17.285, wzgiędnie na ręce wydawcy, Dra Ignacego Grundzacha, Nowogrodzka 18-a, tel. 44-32, lub skarbnika, D-ra Kryńskiego. Zielna 11, tel. 75-78. Nowoprzybyli abonenci, którzy Nr. 1 nie otrzymali, zechcą nas o tem powiadomić przy wpłacaniu przedpłaty; zeszyt ten będzie Im natychmiast dostarczony.

Administracja
„Gastrologji Polskiej".

Resumèes.

Grundsätzliche Fragen zur Therapie der Colitis gravis.
von Prof. Dr. H. Strauss (Berlin).

Die Gefahren der Colitis gravis liegen vor allem im Zustandekommen einer Kachexie mit Herzschwäche und in der Möglichkeit einer Peritonitis. Es besteht ferner eine ausgeprägte Rezidivbereitschaft der Krankheit. Die interne Therapie entspricht in der Hauptsache den Grundsätzen, die wir auch bei anderen Fällen von schwerer Dickdarmentzündung zu befolgen pflegen. Eine endoskopische Therapie kommt nur bei solchen Fällen in Frage, welche auf das Rectum und seine nächste Nachbarschaft lokalisiert sind. Die Behandlung mit Autovaccine unterstützt zuweilen, jedoch keineswegs immer, die Behandlung. Die Operation ist bei den leichten Formen überflüssig und nützt bei den ganz schweren Formen selten. Sie kommt deshalb vorzugsweise bei den mittelschweren Formen in Frage. Da Verfasser in Fällen von Colitis gravis kurz nach Anlegung des Anus praeternaturalis mehrfach, ohne dass Peritonitis vorlag, Exitus eintreten sah, so empfiehlt er zunächst die Appendikostomie oder eine Witzel-Fistel und erst in zweiter Linie den Anus praeternaturalis. Die Indikationsstellung muss jedoch ebenso wie die Festsetzung des Termins für den Schluss der künstlich gesetzten Oeffnung individuell durchgeführt werden. Auch nach einer Operation müssen die Methoden der internen Therapie, insbesondere der Spülbehandlung, weiter durchgeführt werden, Da oft nur ein Latentwerden und nicht eine definitive Heilung erreicht wird, so ist im Einzelfall die Prognose der Krankheit und damit auch die therapeutische Indikationsstellung oft ausserordentlich schwierig. Auch leichte Formen der vorliegenden Krankheit bedürfen stets einer langdauernden subtilen Behandlung.

Lungentuberkulose und Verdauungsapparat.

von Dr. L. Justman (Warszawa).

Die Verdauungsorgane bieten bei der Lungentuberkulose sehr mannigfaltige Reaktionsbilder funktioneller Natur, die in manchen Fällen differentialdiagnostisch sehr schwer von lokalen organischen Erkrankungen abzugrenzen sind. Sie sind meist nichtspezifischer Natur. Die Art und Weise, wie die Verd. Org in bestimmtem Fall reagieren, sind von ihren individuellen Eigenschaften bestimmt. Die Bedeutung der Astenie ist nicht zu leugnen, doch alles kann man mit diesem Begriff doch nicht erklären wollen. Die Störungen, die in allen Stadien der Lungentbc. beobachtet werden, sind besonders im Anfang verhängnissvol, da sie zu den falschen diagnostischen und therapeutischen Schlüssen verleiten. Es werden ausführlich besprochen: Pseudoulceröse Gastralgie, appendikale Beschwerden und Appendicitis chronica, ausserdem sogenanntes nervöse Erbrechen, chronische Pharyngitis, Colitis mucosa, Analfisteln, Therapeutisch wird besonders auf die Gefahr der bei der Lungentbc. so verhängnissvollen ungenügenden Ernährung hingewiesen, die mit Rücksicht auf die Vermutungsdiagnose von Ulcus, Darmkatarrh u s. w. angeordnet wird.

Dilatation idiopathique de l'oesophage.

par le D-r Stefan Sterling-Okuniewski,
Professeur-aggregé (Warszawa).

L'auteur se basant sur trois cas de dilatation de l'oesophage avec le cardiospasme observé chez les sujets jeunes, conclue, que dans toutes les cas cités il s'agissait de la dilatation idiopathique.

St.-Ok. analyse les symptomes, qui font croire à cette affection et decide que ce n'est pas une affection rare. Au point de vue therapeutique en echec d'un résultat positif des medicaments pour le cardiospasme, qui precisement nous facilite le diagnostic de la dilatation, il faut essayer le dilateur de Stark. En deux cas l'auteur a vu des resultats trés encouragents.

AŬTOREFERATOJ EN ESPERANTO.

Prof. D-ro H. STRAUSS. — Berlin

Terapiaj problemoj ĉe grava kojlito.

La danĝero de la grava kojlito konsistas antaŭ ĉio en la apero de kaĥeksio kun kora nesufiĉeco kaj en la ebleco de peritonito. Krome ekzistas ankaŭ klara recidivemo de tiu malsano. La interna terapio respondas ĉefe al principoj, kiujn ni kutime sekvas ĉe aliaj kazoj de grava kojlona inflamo. La endoskopia terapio estas rekomendinda nur en kazoj, lokalizitaj en rektumo aŭ ĝis plej proksima najbareco. Laaŭtovakcino ofte, sed ne ĉiam, fortigas la terapion. Operacio ĉe negravaj kazoj estas superflua, ĉe gravaj — utilas malofte; — ĝi do estas konsilinda nur en mezgravaj kazoj. Car la aŭtoro observadis kelkfoje morton tuj post apliko de preternatura anuso ĉe gravaj kazoj, sen apero de peritonito, — li rekomendas unue apendikostomion aŭ „Witzelfistulon" kaj nur poste anuson preternaturan. La indikoj, kiel ankaŭ la momento de fermo d'arta aperturo, devas esti starigataj individue. Ankaŭ post la operacio devas est daŭrigata la interna terapio, precipe la intesta gargarado. Car ofte ni atingas nur latentigon, sed ne definitivan forigon de la malsano, — la prognozo kaj ankoŭ la terapiai indikoj estas en ĉiu aparta kazo tre malfacilaj. Eĉ negravaj formoj de mencilta malsano postulas ofte longedaŭran subtilan kuracadon.

D-ro L. JUSTMAN.

Pulma tuberkulozo kaj la digesta kanalo.

La digestaj organoj prezentas ĉe la pulma tuberkulozo tre diversajn reagbildojn de funkcia karaktero, kiujn iafoje nefacile estas diferencigi de lokaj organaj procesoj. Plejofte ili estas nespecifaj. Maniero, laŭ kiu la digestaj organoj reagas en ĉiu aparta kazo, dependas de individuaj ecoj. Oni ne povas nei la rolon de astenio, tamen ĉion oni ne povas klarigi sole per tiu kompreno.

Perturboj, observataj en ĉiuj stadioj de la pulma tuberkulozo, komence estas neklaraj kaj kondukas al falsaj diagnozaj kaj terapiaj konkludoj. Aŭtoro plidetale priparolas: pseŭdoulcerajn gastralgiojn, apendikajn perturbojn kaj ĥronikan apendiciton, t. n. nervan vomon, ĥronikan faringiton, mukozan kojliton, anusajn fistulojn. Aŭtoro substrekas speciale la danĝeron de nesufiĉa nutrado de tuberkulozuloj, se oni false diagnozas ĉe ili stomakan ulceron, intestan kataron ktp.

Docento D-ro St. STERLING-OKUNIEWSKI.

Pri idiopatia dilatacio d'ezofago.

Bazante sin sur 3 observitaj lastatempe ĉe junaj homoj kazoj d'ezofaga dilatiĝo kun kardiospasmo, aŭtoro alvenas al konkludo, ke ili estis sekvo d'idiopatia dilatacio. Li analizas simptomojn, akompanantajn la menciatan malsanon kaj opinias, ke ĝi tute ne estas maloftaĵo. Koncerne la terapion, se ni ne sukcesas per helpo de diversaj medikamentoj forigi la kardiospasmon, kiu ĝuste faciligas la diagnozon, — ni devas provi la dilatilon de STARK. En 2 kazoj la aŭtoro vidis bonajn rezultatojn.
